

ANGELA APARECIDA CAPOZZOLO



DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA

UNICAMP
CAMPINAS - SP
2003

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE

ANGELA APARECIDA CAPOZZOLO

Este exemplar corresponde à versão final da Tese de Doutorado, apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, para obtenção do Título de Doutor em Saúde Coletiva.

Campinas, 21 de Fevereiro de 2003.

Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos
Orientador

NO OLHO DO FURACÃO

Trabalho Médico e o Programa Saúde da Família

200401953

CAMPINAS

2003

ANGELA APARECIDA CAPOZZOLO

NO OLHO DO FURACÃO

Trabalho Médico e o Programa Saúde da Família

*Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação da
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade
Estadual de Campinas para a obtenção do título de
Doutor em Saúde Coletiva.*

Orientador: *Prof. Dr. Gastão Wagner de Souza Campos*

CAMPINAS

2003

INIDADE BC
1ª CHAMADA UNICAMP
C173n
/ EX
OMBO BC/ 57389
ROC 16.117-04
/ D X
REÇO 11,00
DATA _____
1º CPD _____

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

CM00196127-4

1810.313821

C173n Capozzolo, Angela Aparecida
No olho do furacão: Trabalho médico e o Programa de Saúde da
Família. / Angela Aparecida Capozzolo . Campinas, SP : [s.n.], 2003.

Orientador : Gastão Wagner de Souza Campos
Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade
de Ciências Médicas.

1. Avaliação. 2. Medicina – Prática. 3. Saúde pública. I. Gastão
Wagner de Souza Campos. II. Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas. III Título.

Banca examinadora da tese de Doutorado

Orientador: Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos

Membros:

- 1. Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos**
- 2. Profa. Dra. Maria Inês Baptistella Nemes**
- 3. Profa. Dra. Elizabeth de Leone Monteiro Smeke**
- 4. Profa. Dra. Maria da Graça Garcia Andrade**
- 5. Prof. Dr. Emerson Elias Merhy**

Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 21/02/2003

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos aqueles que mantêm a indignação perante as injustiças e desigualdades sociais - e persistem na busca de caminhos para a transformação da sociedade.

Aos meus pais, Francesco e Giuseppina, à minha segunda mãe, Marília, e aos meus filhos, Rubens e Maíra, meus portos afetivos.

AGRADECIMENTOS

Impossível, ao concluir esta tese, não fazer um balanço do caminho percorrido, das dificuldades enfrentadas, dos sentimentos mobilizados e, principalmente, do aprendizado obtido ao longo de sua realização. Foi um processo árduo e sofrido, mas extremamente estimulante e enriquecedor, cujos produtos, que extrapolam a produção acadêmica, são resultados das muitas reflexões realizadas em diversos coletivos: nos espaços acadêmicos, nos serviços, nos movimentos populares, nas equipes de saúde. Enfim, resultado dos muitos “encontros” e da colaboração e solidariedade de muitas pessoas.

Gostaria, assim, de agradecer todos àqueles que contribuíram, das mais variadas formas, para a conclusão desta difícil tarefa. Sem poder nomear a todos, torno público apenas alguns agradecimentos.

Ao prof. Gastão Wagner de Souza Campos, orientador desta tese. O convívio ao longo destes anos, as suas formulações teóricas, as suas experiências inovadoras na organização e gestão de serviços de saúde e o seu compromisso com a produção de saúde tiveram grande influência na minha formação e, principalmente, me ensinaram que é preciso ousar e apostar nas possibilidades de mudanças.

À professora Maria Ines Batistella Nemes, pelo aprendizado que me propiciou, sobretudo na área de pesquisa avaliativa, pelas suas valiosas contribuições, desde os momentos iniciais do desenho desta investigação, pelas sugestões no exame de qualificação, que muito me auxiliaram, e, em especial, por seu apoio amigo.

Ao professor Emerson Elias Merhy, pela solidariedade e pelo apoio carinhoso em momentos difíceis, pelos espaços de discussão e reflexão que foram essenciais para a finalização deste trabalho, e pelas sugestões no exame de qualificação. O contato com sua produção e sua prática foram extremamente enriquecedores para minha formação.

Aos vários amigos que compartilharam reflexões, me estimularam e me ajudaram, de diversas formas, a finalizar este trabalho: o Cipriano, a Alzira, o Túlio, a Bete Smeke, a Alice Amorim, a Anna Tereza e os companheiros do grupo LAGHOS.

À querida amiga Elizabeth Souza, a Betinha, uma “irmã” descoberta no curso de doutorado, pelas reflexões e vivências compartilhadas neste caminho, pela paciência com que me ouviu e me deu guarida, pela ajuda em diversos momentos deste trabalho (em especial, na elaboração da capa) e, principalmente, por me ensinar a olhar para as potências da vida.

Ao amigo Luiz Eduardo Aragon, pelo estímulo e pelas discussões que provocaram os primeiros movimentos de escrita.

À amiga Elen Rose Castanheira, pelas várias experiências compartilhadas ao longo desses anos, pelo seu empenho em me auxiliar e pelas suas valiosas sugestões e contribuições.

À amiga Lourdes D’Urso, pelo alento nos momentos de grande agonia, pelo estímulo e pelas “dicas” valiosas que me ajudaram na revisão e organização do texto.

À amiga Myrian Ribeiro, pela solidariedade e pelas contribuições em diversos momentos desta investigação.

À querida prima Patrícia, pelo estímulo e apoio durante este período e, em especial, pela ajuda na formatação final do texto.

Ao Márcio Guimarães de Araújo, pela revisão do texto.

À Dinaura, pela valiosas contribuições na revisão da bibliografia.

Ao Antônio, pelo seu carinho, pelo seu cuidado, pela paciência em me ouvir e também pela ajuda nos fluxogramas.

Aos queridos amigos da PUCCAMP, pelo apoio carinhoso, pela solidariedade e por segurarem a “minha onda” em vários momentos.

Aos amigos do centro de saúde escola da UNIFESP e da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, pelo estímulo para a conclusão deste trabalho. À Ana Lúcia Pereira, à Eliane Tierme Hayama, ao Eduardo Camarote e à Regina Magri pelo apoio e empenho para a minha liberação para as atividades de tese.

Aos amigos do CREMESP, pelo apoio e por me substituírem nas atividades de trabalho.

Aos amigos Rejane e Duarte, pelo grande aprendizado que me propiciaram ao longo dos anos na luta por transformações da sociedade, pela solidariedade e apoio em diversos momentos.

À querida Marília, por segurar as “minhas barras” neste conturbado período, pela sua constante “injeção de ânimo” e força, pela companhia certa em todos os momentos de dificuldades e, em especial, por me “*abrir caminhos*”. Ao amigo Nilão pelo apoio carinhoso e solidariedade, pela disponibilidade e pelo esforço em me ajudar, “*virando noite*”, para a impressão final do texto.

Aos meus pais, pelos seus ensinamentos e imenso amor, pela presença constante ao meu lado. Aos meus queridos filhos, pela solidariedade e paciência neste período conturbado, pelos “cuidados” carinhosos e, pela ajuda concreta em diversas tarefas, em especial, na correção final do texto. O reconhecimento de que sem o apoio afetivo, o estímulo e a retaguarda dos “de casa” este trabalho não conseguiria ser finalizado.

Às queridas amigas Carminha e Tereza, minhas outras “irmãs”, pelo carinho com que sempre me acolheram, pelo estímulo e pelo aprendizado de vida que me propiciaram ao longo desses anos.

Aos gestores dos projetos QUALIS, aos médicos e aos trabalhadores das equipes de saúde da família, pela colaboração para a realização desta investigação.

À diretoria do Conselho Regional de Medicina de São Paulo pela liberação para a redação final deste trabalho.

Ao auxílio financeiro do CNPQ.

	<i>Pág</i>
RESUMO	<i>xxvii</i>
ABSTRACT	<i>xxxi</i>
1. INTRODUÇÃO	35
2. SOBRE A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO MÉDICA	43
2.1. Movimentos de reforma do modelo médico hegemônico.....	47
2.2. O Sistema Único de Saúde: acesso universal e atenção integral.....	55
2.2.1. A rede básica: local de alta complexidade tecnológica.....	58
2.2.2. A prática médica na atenção básica: importância de uma clínica ampliada.....	64
3. O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	73
3.1. O contexto de emergência do Programa de Saúde da Família.....	75
3.2. A implantação do Programa de Saúde da Família no Brasil.....	81
3.3. Paradoxos do Programa de Saúde da Família.....	85
3.4. O trabalho médico no Programa de Saúde Família.....	90
4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	99
4.1. A seleção da amostra.....	103
4.2. O contato com as equipes.....	106

4.3. Os instrumentos.....	108
4.4. Os procedimentos para análise.....	112
5. OS PROJETOS QUALIS.....	117
5.1. As atribuições das equipes de saúde da família.....	126
5.2. A seleção e capacitação dos profissionais.....	132
6. AS UNIDADES E AS EQUIPES INVESTIGADAS.....	137
6.1. A unidade de saúde I – Qualis Santa Marcelina.....	139
6.2. A unidade de saúde II – Qualis Santa Marcelina.....	143
6.3. A unidade de saúde III – Qualis Zerbini.....	146
6.4. A unidade de saúde IV – Qualis Zerbini.....	149
6.5. A análise do fluxograma das unidades.....	154
7. OS MÉDICOS E AS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	163
7.1. Os médicos selecionados.....	165
7.2. Um trabalho diferente e gratificante.....	171
7.3. Múltiplas atribuições e sobrecarga de trabalho.....	180
7.4. O acesso à atenção médica.....	184
7.4.1. O acesso nas unidades do projeto.....	184
7.4.2. O acesso aos outros níveis de atenção.....	191
7.5. O trabalho em equipe.....	196

7.5.1. As ações e intervenções no coletivo.....	196
7.5.2. As ações e intervenções na assistência.....	205
7.5.2.1. A divisão de trabalho entre os profissionais.....	205
7.5.2.2. Os casos que demandavam discussão em equipe.....	216
7.5.3. Os médicos e o trabalho em equipe.....	223
7.6. A prática generalista.....	228
7.7. As consultas dos médicos.....	241
7.8. No olho do furacão.....	264
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	271
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	281

LISTA DE ABREVIATURAS

CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CRM	Conselho Regional de Medicina
CSSM	Casa de Saúde Santa Marcelina
ESF	Equipe de Saúde da Família
FMI	Fundo Monetário Internacional
GP	General Practitioner
MARE	Ministério da Administração e Reforma do Estado
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAB	Piso Assistencial Básico
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAS	Plano de Assistência à Saúde
PS	Pronto-Socorro
PSF	Programa de Saúde da Família
REFORSUS	Reforço à Reorganização do SUS
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SILOS	Sistemas Locais de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
QUALIS	Qualidade Integral em Saúde

LISTA DE QUADRO

	<i>Pág</i>
QUADRO 1 : Padrões de consulta dos médicos.....	242

LISTA DE FLUXOGRAMAS

	<i>Pág</i>
FLUXOGRAMA 1 : Unidade de saúde I.....	157
FLUXOGRAMA 2 : Unidade de saúde II.....	158
FLUXOGRAMA 3 : Unidade de saúde III.....	159
FLUXOGRAMA 4 : Unidade de saúde IV.....	160
FLUXOGRAMA 5 : Fluxograma síntese.....	161



RESUMO

O trabalho médico é central nos serviços de saúde, e muitos têm sido os desafios para a oferta de um atendimento de boa qualidade na atenção básica. Esse local de alta complexidade tecnológica exige, para responder às complexas necessidades individuais e coletivas de saúde, uma prática clínica ampliada e um trabalho de equipe. A prática médica hegemonicamente encontrada nesses serviços, no entanto, tem se traduzido numa atenção centrada em procedimentos, que pouco considera as diversas dimensões presentes no processo de adoecimento, com baixo compromisso dos profissionais pelo resultado final do trabalho.

O Programa de Saúde da Família (PSF) propõe mudanças importantes na organização do trabalho médico com a utilização de generalistas. O objetivo desta investigação foi analisar potências e limites dessa proposta em alterar o padrão hegemônico da prática médica. Realizamos para tal um estudo de casos em unidades de dois projetos QUALIS (Zerbini e Santa Marcelina), modo como inicialmente se implantou o programa no município de São Paulo. Buscamos conhecer a realidade objetiva e subjetiva do trabalho médico nesses serviços e captar se essa proposta se traduzia numa nova forma de operar o trabalho. Utilizamos vários instrumentos para a coleta de dados (entrevistas, fluxograma analisador, observação de consultas, grupos de discussão e pesquisa documental) e realizamos uma triangulação metodológica e validação dos resultados encontrados com as equipes. A investigação ocorreu no período de junho de 2000 a dezembro de 2001.

Constatamos que esse modelo de organização do trabalho possui arranjos tecnológicos - vinculação dos médicos a uma equipe e a uma população, espaços de discussão do trabalho, visitas domiciliares, entre outros - com potencialidade para aumentar o envolvimento, o compromisso e a responsabilização dos médicos. Porém os limites encontrados foram importantes. A organização do trabalho permanecia ainda bastante centrada na oferta de assistência médica individual. As consultas expressavam dificuldades de uma abordagem clínica ampliada, estando predominantemente centradas na dimensão biológica do adoecer. Apesar de diferenças entre os projetos QUALIS, a capacitação e o apoio ao trabalho mostravam-se insuficientes para os profissionais responderem às diversas demandas clínicas e para a abordagem das necessidades de saúde nas suas múltiplas dimensões, apontando o risco de uma simplificação da atenção. O

elevado número de famílias também se revelava um limite importante para responder às necessidades de saúde da população adscrita. Os médicos estavam submetidos a uma grande carga quantitativa e qualitativa de trabalho, com dificuldades de retaguarda dos demais níveis de atenção. O trabalho nas ESFs se apresentava como extremamente desgastante, sendo identificado pelos médicos como estar no “olho do furacão”.

As questões levantadas neste estudo indicam a necessidade de rever as estratégias do PSF, entre elas a de utilização exclusiva de médicos generalistas nas equipes. Aponta-se como fundamental para a mudança dos atos médicos hegemônicos a aquisição de referenciais e tecnologias para ampliar a escuta, qualificar o vínculo e as intervenções. Ressalta-se ainda como importante o desenvolvimento de mecanismos de gestão para acompanhar e apoiar o trabalho dos profissionais, assim como a melhora na retaguarda dos demais níveis de atenção.



ABSTRACT

Medical labour has a central importance in health service. In order to offer a higher attendance quality to the population who requires it many challenges have turned up. In answering to the health's complex individual and collective necessities this high technological complexity place requires both an enlarged clinical practice and a teamwork. However, the prevailing medical practice found out in those health service has conducted it to a few important procedures considering a several dimensions on a illing process, with a simultaneously professionals' low commitment to the work results.

The Family Health Program, a national policy to a basic attendance, offers important changes into the medical work organization by using general practitioners. This investigation target was analyse both power and limits of that programm in changing the prevailing pattern of the medical practice. So, we developed a study on multiple cases in health unities which are attached to a project named QUALIS (Zerbini, Santa Marcelina). Qualis project is the way that is used to implant the Family Health Program in the city of São Paulo. We searched to know both objective and subjective reality of the medical work in those services. We also tried to understand if that proposal could be a new way for operate the work. We made use of a several tools in obtaining data (interviews, analysing fluxogram, consultation observations, discussion groups, and documentary resource) and we made up both a methodological triangulation and a validation of the results found out in the teams. The investigation was made up between June, 2000, and December, 2001.

We found out that this model of work organization has technological arranges, such as physicians' link to the population, team meetings, home visits, and many others, that contribute to increase the professionals' involvement, commitment and responsibility. However, the limits that were found out were important. The work process organization in the Qualis projects still kept highly centralized in offering individual medical assistance, and the consultation kept itself largely centralized in the biological dimension of illing, expressing difficulties for na enlarged clinical practice. The support and provided skillfulness to the work seemed not enough to the professionals nor to respond to the several clinic demands, neither to the approach of the health necessities in their multiple dimensions, facing up the risk of a simplification of the attendance. Physicians were submitted to an enormous quantitative and qualitative working charge, showing up backing

difficulties in the further attendance levels. Family quantity also was a important limit to supply the health necessities of the registered population. To the physicians the F.H.P. (Family Health Program) working was considered extremely stressing, identified with to be in the “hurricane eye”

Questions arisen from this paper point at to a necessity of revision of the Family Health Program strategies, including among them the utilization in the workteams only general practitioners. This paper also sets up that is fundamental for changing the prevailing medical procedures the acquisition of knowledge and technologies in order to amplify the hearing and improve the quality of both physicians’ linking and interventions. Further, it sets up importance on development of managing mechanisms for qualifying, observing and supporting the professionals’ work. They also may improve the backing of the attendance levels.



1. INTRODUÇÃO

O processo de investigação de um tema tem início a partir de certas dúvidas e inquietações que nos levam a formular questões, instigando-nos a melhor conhecer o objeto. O pesquisador, porém, não é neutro em suas escolhas. O recorte de parte da realidade a ser investigada carrega evidentes implicações do sujeito que pretende conhecer, de seus valores, de suas concepções e de sua ideologia. Dessa maneira, considero importante uma breve apresentação das motivações que me levaram a eleger como objeto deste estudo o trabalho médico no Programa de Saúde da Família (PSF).

Em primeiro lugar, desejo destacar que a presente pesquisa, de certa forma, dá seqüência à linha de investigação iniciada no mestrado, sobre o trabalho médico na atenção básica. Originalmente o interesse por este tema partiu de minha vivência como médica de unidade básica e também, a partir de determinado momento, do meu envolvimento com a gestão desses serviços.

Com o Projeto da Reforma Sanitária há uma rica produção de propostas de modelos técnico-assistenciais comprometidos com a implementação de mudanças no modelo hegemônico de atenção historicamente implantado em nosso país. Em relação à atenção básica, essas propostas se expressam em distintas opções tecnológicas, para o reconhecimento, a priorização e o enfrentamento das necessidades de saúde, e em diferentes formas de conceber a gestão e a organização do trabalho, particularmente do trabalho médico.

As unidades básicas são, de fato, locais de grande complexidade tecnológica que exigem, para responder às distintas necessidades de saúde, um trabalho em equipe, com a integração e articulação de diversos saberes e práticas. O trabalho médico nesses serviços se reveste de características singulares, decorrentes da especificidade da demanda e também da atuação necessária nesse nível de atenção, devendo ser uma prática ampliada que, incorporando outros saberes e integrando-se a outras práticas, possa responder às necessidades tanto individuais quanto coletivas de saúde.

Contudo a prática médica hegemonicamente encontrada nos serviços de atenção básica tem se centrado em procedimentos, pouco considerando as diversas dimensões presentes no processo de adoecimento, com um baixo grau de compromisso e

responsabilização dos profissionais pelo resultado final do trabalho. É uma prática de pouca resolubilidade, medicalizante, que muitas vezes reitera a dependência aos serviços de saúde.

Têm sido grandes os desafios para a organização e gestão do trabalho médico nesses serviços para construir práticas clínicas ampliadas, com vínculo e responsabilização dos profissionais pelo cuidado, considerados fundamentais para uma atenção integral e resolutiva, e para diminuir o consumo por mais atos e procedimentos médicos.

Daí o interesse em estudar o trabalho médico no Programa de Saúde da Família. Concebido em 1993 pelo Ministério da Saúde, esse programa ganha uma importante dimensão nacional a partir da segunda metade da década de 90, constituindo-se na principal estratégia governamental para a atenção básica, propondo mudanças importantes na organização do trabalho nesse nível de atenção e em especial do trabalho médico.

O PSF insere-se no debate sobre as opções de reorientação do modelo assistencial para responder à crise do setor de saúde, resgatando proposições anteriores da Medicina Comunitária e da Medicina de Família. A organização do trabalho baseia-se em equipes compostas por médico generalista/de família, agentes de saúde, auxiliar de enfermagem e enfermeiro com responsabilidade pelo atendimento integral a uma população adscrita.

As questões que inicialmente me mobilizaram para este estudo tinham uma dupla dimensão: por um lado, estavam relacionadas a uma certa interrogação pela forma como o programa se transformou no “modelo” de organização da atenção básica a ser implantado em todo o território nacional, inclusive nos grandes centros urbanos, e, por outro lado, referiam-se à proposta de utilização do médico generalista/de família, praticamente inexistente no nosso meio, como profissional mais adequado para se contrapor ao atendimento fragmentado e oferecer uma atenção mais eficaz à população.

Causou-me estranheza a utilização do generalista devido ao fato de a rede de serviços de atenção, principalmente em cidades como São Paulo, já ser constituída por médicos das grandes especialidades gerais, e também porque, nas discussões que eu

acompanhava a respeito da reformulação da prática médica hegemônica, a ênfase recaía na qualificação dos profissionais existentes na rede para ampliar a escuta e lidar com os aspectos relacionais da prática.

Diversas dúvidas cercavam essa proposta, no sentido de relacionar sua emergência e consolidação com a agenda de reforma setorial preconizada pelo Banco Mundial, e, desse modo, levantando preocupações a respeito do risco de retrocesso nas políticas públicas de acesso universal, com a oferta de uma atenção focalizada para populações excluídas, com tecnologias simplificadas e de baixo custo.

Por outro lado, vários setores do movimento sanitário ressaltavam os bons resultados da utilização de médicos generalistas em várias experiências internacionais e apontavam potencialidades nessa proposta para instituir novas práticas de saúde e processos de cuidados mais humanizados, ao aproximar os profissionais da realidade de vida das pessoas e das famílias.

As diversas polêmicas envolvendo essa proposta me instigaram, então, a melhor conhecê-la, sendo que me interessei especificamente por estudar sua potencialidade para reformular os padrões de prática médica hegemonicamente encontrados nos serviços de atenção básica. De fato, a proposta apresentava alguns arranjos tecnológicos que poderiam contribuir nesse sentido, tais como: a vinculação dos médicos a uma equipe com uma clara responsabilização pelo cuidado de uma população adscrita, a atribuição de desenvolverem atividades educativas, visitas e atendimentos domiciliares, espaços de discussão em equipe, entre outros.

Nessa medida, as questões que nortearam a presente investigação foram: Conseguiria o Programa de Saúde da Família produzir uma atuação profissional mais ampliada? Seria capaz de alterar a tendência de realização da prática médica centrada em procedimentos? Conseguiria implicar mais o profissional com o trabalho, aumentar a sua responsabilidade pelo cuidado e pelo restabelecimento do paciente? Enfim, teria potência para provocar uma reorganização tecnológica dos atos médicos?

Particularmente, eu desejava analisar essas questões em equipes de saúde da família operando em grandes cidades. Assim, a opção foi pela realização de uma investigação em unidades do Projeto QUALIS (Qualidade Integral em Saúde), forma como o programa inicialmente se implantou no município de São Paulo.

A pesquisa empírica, realizada no período de junho de 2000 a dezembro de 2001, em unidades do Projeto QUALIS Santa Marcelina e do Projeto QUALIS Fundação Zerbini, foi concebida para analisar a potência e os limites dessa específica organização do trabalho em alterar os padrões de prática médica hegemonicamente encontrada nos serviços de atenção básica.

Em equipes que apresentavam boa adesão às propostas do programa, buscou-se caracterizar como ocorria a prática médica, procurando captar se a organização proposta se traduzia em uma nova forma de os médicos operarem o trabalho quanto à abordagem dos problemas de saúde, à interação com o paciente (vínculo, escuta) e com os demais profissionais, bem como ao envolvimento e à responsabilização com a finalidade do trabalho.

No início desta tese são apresentados os referenciais que orientaram a análise do material empírico e o percurso realizado para se entender o debate em torno dessa política de organização da atenção e as suas proposições. No primeiro capítulo há uma breve retrospectiva de alguns movimentos de reforma do modelo médico hegemônico de atenção que antecederam o Projeto de Reforma Sanitária, e que são retomados pelo PSF, e, ainda, a concepção aqui assumida sobre o trabalho médico em serviços de atenção básica, destacando-se os aspectos considerados essenciais para a oferta de uma atenção de qualidade.

No segundo capítulo situa-se o contexto em que emerge o Programa de Saúde da Família, sobressaindo a agenda internacional que tem orientado as políticas de reforma setorial. A seguir são apresentadas as formulações do Ministério da Saúde e algumas tensões e paradoxos que aparecem na implementação desse programa e, finalmente, as suas proposições para o trabalho médico, com uma breve ilustração de algumas experiências internacionais que empregam o médico generalista.

No terceiro capítulo são detalhados os procedimentos metodológicos para a coleta e análise do material empírico. Nos capítulos seguintes encontra-se uma caracterização do Projeto QUALIS, das unidades e das equipes selecionadas para a investigação e, em seguida, os resultados da análise realizada, sistematizando-se, no decorrer da apresentação, algumas conclusões. No último capítulo estão as considerações finais, quando também se destacam alguns pontos centrais extraídos da análise realizada.



Somos do tecido com o qual se fazem os sonhos.

Shakespeare

2. SOBRE A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO MÉDICA

As conquistas da biomedicina, a sua potencialidade de intervenção sobre os fenômenos de vida e de morte, geram pressões políticas para a democratização do acesso à assistência médica. O desenvolvimento científico-tecnológico, seu enorme arsenal de instrumentos e recursos diagnóstico-terapêuticos, permite diagnósticos cada vez mais precoces e precisos, e possibilita intervenções cada vez mais seguras, que aliviam o sofrimento e melhoram a qualidade de vida. As necessidades de saúde, embora transcendam o campo médico, encontram nele cada vez mais uma área privilegiada de expressão. A generalização dos benefícios da ciência médica passa a dizer respeito às obrigações do Estado.

As intervenções do Estado para a oferta de atenção médica ocorrem de formas diferenciadas, vinculadas ao momento político e econômico de cada sociedade. Como referem DONNANGELO e PEREIRA (1979), a extensão da atenção médica não correspondeu a um fenômeno simples e linear de aumento de um consumo específico, mas ocorreu através de uma complexa dinâmica econômica e política na qual se expressam os interesses e o poder de diferentes classes sociais. O jogo de forças entre as diferentes classes sociais vai determinando, em grande medida, distintas políticas de saúde e variadas estruturas de prestação de serviços de saúde.

A crise do capitalismo no início dos anos 30 e a emergência de combativos movimentos sociais colocam na ordem do dia o desenvolvimento de ações no campo do bem-estar social e, entre elas, a do acesso aos serviços de saúde. A configuração do capitalismo no mundo após a Segunda Guerra e o jogo de forças econômicas e políticas desse período, com a vitória da revolução socialista, resultaram na adoção, por muitos países europeus, do Estado de Bem-Estar Social (Welfare State), com a organização de sistemas nacionais de saúde e, em diversos países capitalistas em desenvolvimento, no fortalecimento do Estado no setor de saúde, com a ampliação dos serviços de saúde à população.

Assim, as respostas estatais variaram da assimilação da proteção social como estratégia de desenvolvimento, através de políticas públicas sociais com garantia de acesso universal aos serviços de saúde (concepção de saúde como direito de cidadania), até o enquadramento seletivo de demandas, com políticas que oferecem acesso diferenciado aos

serviços conforme a inserção no processo produtivo (concepção de uma cidadania regulada) (FLEURY, 1996).

Em cada país, em decorrência de suas condições sócio-históricas, a organização do sistema de saúde, os modelos de atenção adotados e a inserção do trabalho médico na estrutura de serviços são resultado da disputa de diversas forças e distintos projetos políticos e técnico-assistenciais.

Vale destacar que os médicos, como categoria, tiveram historicamente um peso relevante na articulação dos modelos assistenciais, influenciando a conformação da organização e da oferta de serviços. O modelo liberal delineou a atuação política desses profissionais, resistindo à expansão de serviços públicos para além da população marginalizada do processo produtivo e aos projetos de estatização e universalização desses serviços (CAMPOS, 1988, 1991).

Nas situações reais dos sistemas de saúde, universalizantes ou não, como refere CAMPOS (1992), há sempre uma combinação de várias modalidades de atenção: estatal e privada; mais centrada em modelos sanitários ou na oferta de atenção médica; no trabalho liberal ou assalariado; na pequena produção ou empresas. Essa diversas modalidades no entanto são articuladas segundo uma lógica específica e dominante, conformando certa forma de produção de serviços. Esse autor ressalta a importância do reconhecimento do modo hegemônico de produção dos serviços em cada sociedade para a análise das tendências históricas e das potencialidades de cada modalidade assistencial.

Em relação ao modo de prestar serviços de saúde, o Estado se organiza para assistir a população, mas ao mesmo tempo para atender aos interesses dos grupos sociais hegemônicos. O processo de acumulação de capital influenciou a dinâmica da oferta de serviços, induzindo a modelos de atenção centrados no atendimento individual, na produção de atos médicos especializados, na utilização crescente de equipamentos e medicamentos, distanciado das necessidades de saúde da população.

Enquanto a rede de cuidados e de acesso aos serviços médicos se apresenta de modos variados nas diferentes sociedades, a medicina especializada aparece como a prática dominante. Há um grande estímulo para a adoção de modelos de características

medicocêntrica e hospitalocêntrica, com ênfase no atendimento especializado, determinados tanto pelo desenvolvimento científico-tecnológico como pela capitalização do setor.

Esse modelo, denominado modelo médico hegemônico, tem sua expressão máxima em países como os EUA e, sustentado por amplos recursos econômicos, se impõe a países em diversas regiões do mundo (inclusive nos países com políticas universalistas), na América Latina e no Brasil, difundindo-se por meio de importantes subsídios de recursos públicos.

A expansão desse modelo provocou problemas de várias ordens, induzindo a um aumento do consumo por mais atos médicos e a uma crescente “medicalização” da sociedade. A fragmentação do ato médico e o uso indiscriminado de tecnologia, além de perdas da eficácia técnica de intervenção no paciente, da produção de atos desnecessários e, muitas vezes, até iatrogênicos, causaram grande aumento dos custos da assistência e, nas sociedades sem políticas universalistas, dificuldades crescentes de acesso à saúde de grande parte da população e desigualdades na distribuição de seus progressos.

2.1. MOVIMENTOS DE REFORMA DO MODELO MÉDICO HEGEMÔNICO

As preocupações com as dificuldades de acesso à saúde pelo aumento dos custos decorrentes da crescente especialização da prática médica se expressam desde o início do século XX. Em 1920 na Inglaterra surge o relatório Dawson¹, que propunha o Estado como provedor e controlador das políticas públicas de saúde e uma organização regionalizada e hierarquizada dos serviços, com ênfase na integração entre atividades preventivas e curativas e na utilização do médico generalista no primeiro nível de atenção.

¹ Este relatório se contrapunha ao relatório Flexner, cujos fundamentos influenciaram de maneira importante a formação acadêmica e também os modelos de oferta de serviços. Flexner propunha a relação direta do médico com a clientela sem intermediação do governo, privilegiava o ambiente hospitalar e a formação especializada, assumindo aspectos secundários as condições gerais de saúde da população (SCHRAIBER, 1989).

Suas recomendações encontram resistência dos médicos pelo grau de institucionalização que propunham para a sua prática profissional e não são adotadas imediatamente, mas influenciam a constituição do sistema nacional de saúde da Inglaterra no final dos anos 40, com a oferta universal de serviços e a utilização de médicos generalistas (SILVA JÚNIOR, 1998).

Nos EUA, nas duas primeiras décadas do século XX, para responder aos problemas de saúde e de assistência à crescente população urbana que apresentava péssimas condições de trabalho e moradia, nasce a concepção de centros comunitários de saúde, como parte de um movimento mais amplo de reforma dedicado à erradicação dos males sociais e à melhoria das condições de vida através de uma ação social planejada.

Avaliando que os custos da assistência médica estavam acima das possibilidades de grande parte da população, propõe-se a ampliação dos serviços de saúde pública articulados com os demais recursos da comunidade. A assistência médica gratuita começa a integrar o elenco de medidas sanitárias, tornando-se ameaça concreta à prática médica liberal (ROSEN, 1980).

ROSEN (1980) relata que ocorreram diversas experiências de centros comunitários de saúde que incluíam clínicas médicas gerais, enfermeiras e assistentes sociais oferecendo serviços ambulatoriais. Essas experiências sofrem resistência principalmente dos médicos, que alegavam que a atenção médica estava sendo dada a pacientes que podiam pagar serviços privados. O grupo médico exercendo seu papel político, em aliança com outros grupos e setores sociais e econômicos, bloqueiam as tentativas de intervenção do Estado que redundassem em uma perda de sua autonomia econômica.

Os centros de saúde ficam restritos à oferta de serviços preventivos e à assistência apenas a alguns grupos de patologias importantes para a saúde pública, praticamente sem integração com os demais serviços curativos. A perspectiva sanitária vai ficando progressivamente minoritária e a assistência passa a se realizar principalmente nos hospitais e pelo setor privado, com o aparecimento de formas variadas de seguro-saúde (ROSEN, 1980).

As tentativas de conciliar a crescente especialização médica e aumentos dos custos da assistência com a manutenção dos níveis de consumo, em sociedades onde não se organizaram políticas estatais universalizantes, resultam numa série de movimentos de “reforma médica” (DONNANGELO e PEREIRA, 1979). Nos períodos de recessão econômica intrínsecos às grandes crises do capitalismo, quando se intensificam os antagonismos sociais e as dificuldades de acesso das populações aos serviços de saúde, surgem propostas alternativas de organização da atenção médica (FRANCO e MERHY, 1999a).

Entre essas pode-se citar os movimentos da Medicina Integral e da Medicina Preventiva², que adquirem impulso nos anos 40 e 50 e se referem principalmente às mudanças no caráter fragmentário da prática médica que comportaria duas dimensões: fragmentação do objeto individual e fragmentação do processo de doença, consubstanciado no corte entre ações terapêuticas e preventivas. Esses movimentos, no entanto, permanecem restritos às intervenções na formação médica, mantendo intocada a estrutura de produção de serviços³, no caso dos EUA totalmente a cargo da iniciativa privada, e não conseguem responder à exclusão de setores importantes da população (AROUCA, 1975; SCHRAIBER, 1989).

Na década de 60, em decorrência de uma série de conflitos sociais gerados pelo desemprego, subemprego e pela emergência de movimentos sociais, como o da emancipação dos negros e dos direitos civis, se originam nos EUA vários programas de ação comunitária e, entre eles, a proposta da Medicina Comunitária, cujo objetivo é oferecer uma atenção tutelada pelo Estado a grupos sociais com dificuldades de acesso à assistência médica pela compra direta. Em busca da racionalização dos gastos, baseia-se na

² AROUCA (1975) aborda a constituição do movimento preventivista. Esse movimento ressaltava a ausência de racionalidade da prática médica hegemônica, que, ao centralizar sua atuação na intervenção terapêutica individual, descuidava-se da prevenção, levando ao encarecimento da atenção e a uma redução de seu impacto na saúde. Criticava a desvinculação da medicina hegemônica dos problemas sociais e dos problemas de saúde mais frequentes da população, mas, segundo esse autor, o movimento caracterizou-se também por uma leitura civil e liberal dos problemas de saúde, surgindo como parte da luta contra a intervenção estatal nos serviços de saúde.

³ SCHRAIBER (1989) aborda de forma detalhada os diversos movimentos de reforma da prática médica relacionados ao ensino. Ressalta o caráter contraditório dessas propostas, que atribuem ao próprio profissional o principal agente de mudança da prática e reduzem os problemas da assistência ao desequilíbrio na educação médica, deixando intocados a estrutura de prestação de serviços, a organização liberal e o poder médico.

oferta de serviços na comunidade de menor densidade tecnológica, organizados por meio de atividades verticais simplificadas para atuar em problemas mais prevalentes e em grupos de risco, introduzindo, para a prestação do cuidado, o uso do trabalho auxiliar de outras categorias profissionais sob o comando do médico.

Em relação à prática médica, propõe uma medicina tecnologicamente simplificada, por referência a prática predominante, mas ao mesmo tempo ampliada quanto às suas funções sociais de intervir no processo saúde-doença, para garantir maior eficiência técnica e redução de custos, incorporando os princípios da medicina integral e preventiva. O médico generalista se apresenta como profissional capaz de incorporar na sua prática as relações do indivíduo com o meio e atuar também na família e na comunidade, adotando práticas preventivas (DONNANGELO e PEREIRA, 1979).

Segundo DONNANGELO e PEREIRA (1979), essa proposta resgata as características mais coletivas do objeto da prática médica, apesar de tomar a comunidade como isolada dos contextos sociais mais amplos, diluindo as determinações macrosociais da saúde e doença, se expressando nesta questão de forma vigorosa seu caráter ideológico⁴. Acaba por agregar, aos projetos anteriores de reforma da prática médica, uma nova dimensão, localizando os elementos inadequados não apenas nos aspectos internos do ato médico individual, mas sobretudo nos aspectos organizacionais da estrutura de atenção médica, o que implica novos modelos de organização com base no cuidado dos grupos sociais e da comunidade.

A Medicina Comunitária se define como modelo de atenção aos segmentos menos favorecidos da sociedade, mantendo-se a medicina especializada para outras categorias sociais. Constitui-se, assim, numa diferenciação interna do campo médico articulada à estrutura de produção, e dessa maneira não introduzindo mudanças significativas no modelo médico hegemônico. Ao ser dirigida às populações excluídas, sem capacidade de consumo direto, revela-se também como mais uma possibilidade de

⁴ Na concepção de comunidade e de participação comunitária se revela com maior vigor o caráter ideológico e legitimador da medicina comunitária. Reforça as explicações “locais” para os fenômenos de saúde e doença e a busca das soluções também no nível local, induzindo à ilusão de que a comunidade decide tudo, escamoteando as forças produtivas e sociais que a produzem (PAIM, 1976).

acumulação de capital subsidiada pelo Estado, pois de forma racionalizada expande os núcleos de consumo de produtos médicos (DONNANGELO e PEREIRA, 1979).

Nos EUA não chega a atingir expressão quantitativa significativa, mas se expande para países da América Latina (Brasil, Colômbia e Chile), África e Ásia, financiados pela OPAS e por agências americanas, como a Fundação Kellog, onde se propõe a experimentação desses modelos principalmente através de projetos pilotos com escolas médicas - os denominados projetos de integração docente assistencial (PIDA) -, permanecendo ainda nesses países restrita a algumas experiências pontuais.

O desenvolvimento da Medicina de Família nos EUA, a partir de 1966⁵, surge também como um movimento de reforma médica que visava responder aos impasses do alto custo e da superespecialização dos modelos de assistência médica dominantes - o declínio da clínica geral e os padrões do exercício profissional que aumentavam a demanda por serviços especializados. Pregava uma retomada da humanização da prática, elegendo como seu núcleo de atuação a família, considerada a unidade social básica da sociedade, e centrando suas ações na figura do médico, no “seu” consultório e com “seus” pacientes⁶.

Esse movimento vincula sua história também à preservação do mercado de trabalho médico, totalmente a cargo da iniciativa privada, contra a ameaça de intervenção do Estado. CARNEIRO (1978), em artigo no qual resgata o movimento de articulação da Medicina de Família nos EUA, apresenta de forma clara a sua filiação à concepção da superioridade de modelos baseados na livre escolha dos médicos e no trabalho liberal e a sua intenção de distinguir a organização e a racionalização da profissão médica da estatização dessa prática. Exercida como medicina liberal nos EUA e no Canadá, na figura do médico de consultório ou em policlínicas com a lógica de pré-pagamento, a Medicina de

⁵ Desde 1946 são apontadas pela Associação Americana de Médicos Generalistas preocupações em relação ao declínio, da atividade de clínica geral. Em 1966, a Associação Médica Americana, como resposta a esse declínio, apresenta a proposta de formação de médicos de família em curso de pós-graduação, sendo a Medicina de Família aprovada como especialidade em 1969 (CARNEIRO, 1978).

⁶ As propostas de Medicina Preventiva e de Medicina Comunitária também incorporavam o cuidado da família como objeto de estudo e intervenção, no entanto, a Medicina de Família se constitui num movimento relativamente autônomo, em que a ênfase central está na família e na manutenção da prática médica liberal (PAIM, 1985).

Família espalha-se depois dos anos 70, com o estímulo das agências internacionais e fundações americanas, para outros países da América Latina (CARNEIRO, 1978; CEITLIN, 1983; ABATH, 1985).

Esse movimento considerava, como as demais propostas de reforma médica, a educação médica como foco de desequilíbrio, responsável pelas distorções da prática médica e pela sua inadequação aos sistemas de saúde. Para PAIM (1985), tratou-se de um movimento ideológico que pretendeu se contrapor ao modelo médico especializado sem discutir as razões que levavam à especialização, apresentando-se como modelo empobrecido conceitualmente e com propostas mais imparciais e incompletas, se comparado com os outros movimentos de reforma médica, como a Medicina Preventiva e a própria Medicina Comunitária.

É introduzido no Brasil sobretudo a partir de 1973, através da OMS e da ABEM (Associação Brasileira de Ensino Médico), procurando difundir-se entre instituições de ensino (residentes) e serviços de saúde. Porém o movimento de renovação crítica do setor de saúde já alcançava naquele momento uma perspectiva mais avançada. A proposta de Medicina de Família sofre então uma série de embates, não se transformando em uma política de saúde ou de mudança do ensino, sendo até considerada um retrocesso ante os programas de residência já existentes (PAIM, 1985; ABATH, 1985).

O final do boom econômico pós-guerra e o início de uma grave crise estrutural do capitalismo de natureza recessiva levam a rever o modelo de atenção. Os resultados alarmantes em termos de custos, o baixo impacto sobre as condições de saúde das populações, a iatrogenia e utilização tecnológica desenfreada, fruto das opções políticas no pós-guerra, bem como a crescente politização da questão sanitária e as mudanças nos financiamentos internacionais, impulsionam a revisão das práticas assistenciais e o surgimento ou atualização de modalidades alternativas de prestação de assistência médica extra-hospitalares (ALMEIDA, 1996).

O modelo assistencial hegemônico fragmentado mostra-se cada vez mais incapaz de enfrentar problemas complexos e multideterminados, e cada vez mais sente-se a necessidade de romper com a fragmentação do conhecimento e da prática assistencial. Em

1970 o relatório Carnegie propõe de forma mais sistemática a revisão do currículo médico, dando maior ênfase na formação voltada para responder às necessidades de saúde.

A elevação exacerbada dos custos médicos associada a um grave período recessivo da economia mundial e a necessidade de aumentar o acesso à saúde levam a OMS, na Conferência de Alma-Ata de 1978, a apresentar o tema da “Saúde para todos no ano 2000”. Partindo de princípios semelhantes da Medicina Comunitária, estabelece uma agenda para a reforma do setor de saúde em todos os países do mundo, com ênfase na oferta de cuidados primários de saúde para a ampla maioria da população e mudanças no desenho dos serviços de saúde, com base na regionalização, hierarquização e integração dos serviços.

Segundo MENDES (1996), é quando ocorre a catalogação da atenção primária como doutrina, propondo uma racionalidade técnica para a organização de sistemas nacionais de saúde, em que o nível primário teria função central de prestação de serviços sanitários, desenvolvimento de ações de prevenção e promoção (incluindo a interação com outros setores) e atendimento para patologias mais comuns de menor complexidade por relação ao horizonte clínico, com tecnologia adequada.

Apesar de apresentado como um modelo a ser adotado por todos os países do mundo, a partir dessa conferência ocorrem grandes investimentos em modelos “alternativos” e economicamente racionalizadores para os países do Terceiro Mundo, que fundamentalmente se caracterizaram pela extensão de uma medicina simplificada às populações carentes, excluídas dos serviços de saúde. As diretrizes de Alma-Ata foram materializadas numa proposta político-ideológica de atenção primária seletiva de saúde, como prática complementar à medicina flexneriana, destinada às populações pobres, com a utilização de tecnologias simples e de baixo custo e sem referência para os níveis secundários e terciários (MENDES, 1996).

Em uma análise crítica da Conferência de Alma-Ata, MERHY (1986) afirma que esta desconsiderou os interesses econômicos envolvidos na organização de um determinado modelo de atenção e as práticas de saúde foram expurgadas de sua dimensão

social, tornando-se práticas isentas que podem ser pensadas a partir de parâmetros racionalizadores.

Na década de 80 ocorre uma atualização dessas propostas com uma ênfase muito grande na promoção da saúde (proposta dos SILOS e das Cidades Saudáveis), em que as políticas públicas deveriam se voltar para maiores equidades, eficiência e eficácia de suas ações com a criação de economias, sociedades e ambientes de trabalho saudáveis, e não produtores de doenças, ocupando os serviços médicos um papel secundário⁷.

Diversas experiências, a sua maioria na década de 70, a par de seus limites decorrentes de realidades específicas, serviram também para conformar estratégias mais amplas para as mudanças de modelo de atenção e para a “politização da saúde”. Definições e aspectos político-organizacionais oriundos das várias propostas e proposições críticas da epidemiologia social, da saúde pública e da saúde coletiva foram incorporados numa base conceitual mais abrangente e transformadora, conformando no Brasil o Movimento de Reforma Sanitária (SILVA JÚNIOR, 1998; MIRANDA, 1997).

As organizações de serviços de saúde orientadas pelo direito à saúde e pela igualdade de acesso, apesar de seus diversos problemas, são socialmente superiores às alternativas de organização liberal orientadas pelo mercado. As próprias contradições no modo de produção dos serviços de saúde no Brasil levaram à busca de soluções para os problemas de saúde assentadas em valores de extensão de direitos de acesso, equidade, cidadania, controle social e ao desenvolvimento de um campo teórico que fundamentasse processos de transformação mais radical da saúde pública, da assistência médica, redefinindo os papéis dos serviços e trabalhadores de saúde (CAMPOS, 1991).

Através de várias experiências de reorganização do modelo assistencial, acumulam-se as bases técnicas para realizar uma ampla reformulação médico-sanitária e a construção de um Sistema Nacional de Saúde. O movimento, assentado numa larga diversidade de atores sociais – políticos, técnicos, setores populares, trabalhadores de saúde, docentes pesquisadores, diversos segmentos sociais –, e apoiado em partidos

⁷ No período de 1986 a 1992 são realizadas quatro importantes conferências internacionais, sob coordenação da OMS, com ênfase na promoção da saúde e nas políticas públicas saudáveis para a reorientação das práticas e serviços de saúde, renovando os princípios de Alma-Ata (AGUIAR, 1998).

políticos e suprapartidário, formou um bloco político que deu rumo às políticas de saúde, viabilizando o SUS (CAMPOS, 1991).

O Projeto de Reforma Sanitária é aprovado na Constituição de 1988, depois de longo período de luta, afirmando o direito à saúde como direito de cidadania e de responsabilidade do Estado, com a criação de um Sistema Único de Saúde público. Foi a conquista de direitos sociais à saúde e ao acesso universal dos serviços médico-sanitários.

2.2. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: ACESSO UNIVERSAL E ATENÇÃO INTEGRAL

Historicamente no Brasil construiu-se um sistema de atenção dominado pela lógica de mercado, com oferta de práticas coletivas e sanitárias paralelas à da assistência médica, sem um planejamento que organizasse os serviços de modo a garantir melhor racionalização de gastos para satisfazer às necessidades de saúde da população.

A oferta de serviços médicos individuais caracterizou-se pelo seu vínculo estreito com as políticas da Previdência Social, as quais, progressivamente, assumiram a assistência à população inserida no mercado formal de trabalho, constituindo uma política de saúde em âmbito nacional com dois subsetores: o de saúde pública e o de assistência previdenciária.

Reconhece-se o direito à assistência apenas àqueles inseridos no mercado de trabalho e contribuintes do sistema, configurando um padrão de “cidadania regulada”. A expansão da assistência médica previdenciária, desde sua origem muito influenciada pelos interesses do capital, privilegiou o financiamento de serviços do setor hospitalar privado, a prática médica curativa, individual e especializada, desvinculada do compromisso de produzir saúde (CONH e ELIAS, 1996; NEMES FILHO, 1996).

O financiamento dos serviços de saúde pelo Estado, sem controle do atendimento oferecido, sem definir a demanda a ser atendida e sem parâmetros qualitativos

do serviço prestado, levou à oferta de um atendimento médico centralizado nos procedimentos, no próprio ato em si, resultando num modelo de atenção de baixa resolubilidade e baixo impacto nos problemas de saúde, com uma demanda crescente por procedimentos e atendimentos especializados (CAMPOS, 1991).

Os cuidados básicos e as atividades de prevenção e de saúde pública ficaram a cargo do Ministério da Saúde e Secretarias Municipais e Estaduais. A assistência na rede de unidades básicas foi incorporada sobretudo como instrumento de programas de saúde pública, dirigindo-se basicamente para portadores de algumas doenças infecciosas (tuberculose, hanseníase) ou para alguns grupos populacionais (crianças e gestantes), apenas dentro das atividades programáticas, com uma perspectiva prioritária de promoção e prevenção e só secundariamente de recuperação, que caberia à assistência médica individualizada (NEMES FILHO, 1996).

A partir dos anos 70, em decorrência da crise do setor de saúde (financeira, burocrático-administrativa e de cobertura), desencadeia-se uma série de medidas racionalizadoras e de extensão da assistência médica para a população excluída da assistência previdenciária. Entre essas iniciativas destacam-se o Plano de Pronta Ação (PPA), o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) e o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde).

As unidades básicas de saúde passam a desempenhar o papel de estender a assistência de forma barata a populações carentes e excluídas dos serviços previdenciários, sendo associadas a uma “medicina simplificada” e de “baixa qualidade”. Desenvolve-se, a partir desse período, a conceituação da rede básica como porta de entrada do sistema de saúde, a qual corresponderia a incorporação da oferta de assistência médica para os casos de menor complexidade - os casos “mais simples” -, entendidos a partir do horizonte clínico (MERHY, 1997a).

A extensão de cobertura iniciada nos anos 70 gera, como já comentamos, um novo processo de politização. Os movimentos reivindicatórios urbanos fazem pressão para que se estenda o acesso aos serviços médicos a toda a população, como um direito de

cidadania. Estabelece-se uma disputa sobre a definição das diretrizes políticas para o campo da saúde, em que se tenta substituir a lógica privada pela pública.

No início dos anos 80 ganha força política o movimento pela Reforma Sanitária, norteador pela concepção de que o processo saúde-doença é resultado das condições de vida e de que a saúde é direito de todo cidadão, independentemente de sua inserção no processo produtivo, propondo-se, em contraposição ao modelo hegemônico de atenção, o Sistema Único de Saúde descentralizado, organizado de maneira regionalizada e hierarquizada, com níveis de complexidade crescente.

Um dos temas centrais desse movimento é a integração dos diversos serviços públicos envolvidos na assistência à saúde que obedeciam a racionalidades diferentes, das ações de assistência, de promoção e prevenção, bem como a integração intersetorial das diversas políticas econômicas e sociais (NEMES, 1995). Reencontro histórico das técnicas de prevenção e cura das doenças.

Diferentemente da concepção do nível de atenção primária como captador de demandas e de oferta de serviços de menor custo, por meio de tecnologias simplificadas, a organização das unidades básicas passa a ser orientada pela busca da melhor conformação tecnológica (material e imaterial) para resolver os problemas de saúde de determinada população. A melhor relação custo-benefício deve ser utilizada, porém a categoria de eficácia se sobrepõe à da eficiência. Desse modo, os equipamentos, os profissionais, os processos tecnológicos devem ser definidos em decorrência das características da população e de seus problemas de saúde prevalentes (perfil epidemiológico).

No final dos anos 80, para responder às necessidades de saúde num quadro epidemiológico complexo, em que se sobrepõem doenças infecciosas, crônico-degenerativas, violência, drogadição, depressão, doenças decorrentes do “modo moderno de viver” etc., são incorporados aos serviços de atenção básica, principalmente nos maiores centros urbanos, profissionais de diversas áreas (saúde mental, assistentes sociais, saúde bucal, reabilitação) e médicos das grandes especialidades gerais (pediatras, clínicos, ginecologistas e sanitaristas).

A atenção básica não é pensada desvinculada de uma rede de serviços de apoio diagnóstico-terapêutico de maior complexidade (ambulatórios de especialidades, hospitais etc.) e da garantia de acesso a uma série de exames subsidiários que, com o desenvolvimento do conhecimento científico-tecnológico que permite a identificação precoce e prevenção de diversas patologias, incorporam-se à rotina desse nível de atenção (Papanicolau, PSA, Mamografia, Densitometria Óssea, sorologias para HIV, hepatites no Pré-natal etc.).

Ao analisar historicamente as bases conceituais e políticas de construção da rede básica, MERHY (1997a)⁸ aponta a sua constituição como elemento cada vez mais estratégico na Saúde Coletiva para a produção de processos de trabalho em saúde reformadores do modelo de atenção hegemônico.

2.2.1. A rede básica: local de alta complexidade tecnológica

Com a Reforma Sanitária a proposta para a rede de unidades básicas ganha complexidade, pois, além de porta de entrada para o sistema de saúde, seria o local essencial para realizar a integralidade das ações individuais e coletivas de saúde e, ao mesmo tempo, a linha de contato entre as práticas de saúde e o conjunto de práticas sociais que determinam a qualidade de vida (MERHY, 1997a).

Para cumprir essa missão não basta agregar assistência médica à saúde pública num mesmo espaço institucional. Implementar um atendimento integral que responda às necessidades expressas de adoecimento, contemplando seus aspectos físicos, emocionais e sociais; atuar sobre riscos de adoecimento, desenvolvendo ações preventivas; integrar a assistência com a promoção da saúde - são processos bastante complexos, que envolvem dificuldades na definição das necessidades de saúde, nas ações pertinentes ao atendimento

⁸ As unidades básicas de saúde apresentam desde a sua origem nos anos 20 diferentes modelagens e configurações técnico-assistenciais, refletindo, de um lado, o conhecimento científico hegemônico do período (concepção sobre o processo saúde-doença), as tecnologias disponíveis para intervenção, os paradigmas de organização dos serviços e, de outro lado, a arena política, a relação entre o Estado e as classes sociais na qual se definem a direção e o sentido das políticas sociais e em particular das políticas de saúde. Para maiores detalhes, ver MERHY, 1997a.

dessas necessidades e na articulação e integração efetiva de ações individuais e coletivas (SCHRAIBER e MENDES-GONÇALVES, 1996).

Dessa forma, a rede de unidades básicas, considerada como de menor complexidade do sistema de saúde, no que se refere à utilização de tecnologia material, de recursos técnicos e laboratoriais, apresenta-se, ao contrário, como um local de grande complexidade tecnológica⁹ quanto ao processo de trabalho necessário para estabelecer procedimentos de intervenção eficazes na produção de saúde. Essa complexidade se refere tanto às intervenções no coletivo, à prevenção e à promoção quanto às situações assistenciais individuais (SCHRAIBER e MENDES-GONÇALVES, 1996).

A multiplicidade de ações/intervenções para aliviar o sofrimento do paciente e atuar na promoção e prevenção exige a articulação e integração de diversos campos do conhecimento e a atuação complementar de uma equipe multiprofissional para um trabalho coletivo, que tem de responder a objetivos técnicos de naturezas distintas.

No movimento sanitário há diferentes propostas de modelos técnico-assistenciais que se relacionam, entre outros aspectos, à definição do que seriam as necessidades de saúde que prioritariamente essas unidades deveriam atender e às distintas opções tecnológicas, no âmbito individual e coletivo, para o enfrentamento dessas necessidades. Decorrentes dessas questões, há diferentes concepções sobre a atenção pública e diferentes formas de conceber a gestão e a organização do processo de trabalho¹⁰.

Responder às demandas por assistência médica tem sido uma questão que tensiona o processo de trabalho nesses serviços. A maior parte dos modelos tecnológicos de atenção (SILOS, Cidades Saudáveis, Vigilância à Saúde) considera o saber epidemiológico o principal eixo estruturador da atenção, deslocando para o plano secundário a assistência médica individual e a clínica. A ênfase dessas propostas está em identificar os problemas de

⁹ Tecnologia aqui não se refere apenas ao conjunto de instrumentos materiais de trabalho, mas à concepção utilizada por MENDES-GONÇALVES (1994), que compreende também o saber e seus desdobramentos materiais e não-materiais, como forma de organizar as práticas de saúde e que expressam relações entre o homem e os objetos sobre os quais trabalha, conforme os objetivos e as finalidades desse trabalho.

¹⁰ Utilizo para esta discussão parte do texto sobre a organização do trabalho médico em unidades básicas de saúde desenvolvido em trabalho anterior e que se encontra In: CAPOZZOLO, A. A. *Desafios para o gerenciamento do trabalho médico*, 1997.

saúde mais prevalentes de um determinado território e em planejar ações visando a intervenção coletiva através da promoção, da prevenção e da vigilância à saúde (CAMPOS, 1991).

Uma das formas de organizar a assistência é através da priorização epidemiológica, que se apóia na definição *a priori* de diversas demandas a serem atendidas pelo serviço, levando à padronização de fluxogramas assistenciais, hierarquização de procedimentos técnicos e determinação de conteúdos mínimos a serem percorridos no atendimento individual, que seria uma atividade-meio, normatizada em relação às ações coletivas, subordinando o atendimento individual a uma espécie de “gerência epidemiológica” (CAMPOS, 1991; NEMES, 1995; MENDES-GONÇALVES, 1994).

Essa forma, originária da proposta da Programação em Saúde¹¹ que se desenvolveu nos anos 70, fundamenta-se no ideal da integração sanitária e busca, em relação à assistência médica, uma maneira de expandir sua capacidade de intervir no coletivo, por meio da identificação de grupos de risco, da definição de problemas epidemiologicamente relevantes, da padronização das intervenções etc. (NEMES, 1990; 1996).

Há uma tensão entre a necessidade de um trabalho para o coletivo e a atenção para as pessoas com diversidade de sofrimentos, condições de vida e de necessidades de saúde. O instrumental epidemiológico indica problemas relevantes na população, porém, além de não ser o único para orientar a priorização e a definição de ações coletivas, é insuficiente para identificar e para lidar com os problemas de saúde que ocorrem nas pessoas, pela sua própria identidade conceitual/epistemológica, que não inclui a singularidade da natureza humana do adoecer (CAMPOS, 1991).

Além disso, a definição *a priori* das demandas a serem atendidas bem como as normas e padronizações aumentam as chances de burocratização do trabalho, de

¹¹ Segundo NEMES, a Programação em Saúde foi a forma específica como a saúde pública se engajou, nos anos 70, no movimento de extensão de cobertura de assistência médica na rede de centros de saúde. Prevvia a organização de forma “racionalizada e integrada” de ações individuais e sanitárias com o objetivo de intervir no coletivo. A assistência médica, antes restrita a algumas doenças infecciosas, passa a ser incorporada nesses serviços a um conjunto de outras atividades (promoção, prevenção e cura) e de outros profissionais (NEMES, 1990; 1996).

mecanismos das ações e da rotinização de cuidados. Os programas, com fluxogramas e dispositivos de priorização da atenção, constituíram-se, ao longo do tempo, mais em entraves da demanda espontânea da população para a assistência médica (CAMPOS, 1991; NEMES, 1995).

Não haveria, para alguns autores, coexistência pacífica entre a demanda espontânea por atenção médica e o impacto sanitário da assistência individual. Os serviços de saúde, não raro, desenvolveram mecanismos para dificultar o acesso ao atendimento médico individual, considerando que a demanda espontânea por esse tipo de atendimento não corresponderia a uma real necessidade de saúde, mas seria, sim, forjada pelo modo como se estruturaram na sociedade esses serviços, privilegiando a extensão do atendimento individual e curativo (BODSTEIN, 1993).

Para autores como CAMPOS (1991; 1992; 1997a), MERHY (1994), por outro lado, o acesso ao atendimento médico é um item necessário à reprodução e manutenção da vida; portanto, parte da demanda espontânea por atenção médica é também expressão de uma demanda legítima da população, cabendo aos serviços acolhê-la e integrá-la a um conjunto de outras ações individuais e coletivas, a fim de transformar essa demanda socialmente criada e produzir modificações nas dimensões coletivas do processo saúde-doença.

O desafio dos serviços não é negar legitimidade a esta demanda, aparentemente espontânea, mas sim conseguir, por via do seu reconhecimento, elevar os padrões de consciência sanitária, garantindo a insubstituível expressão individual das aspirações e desejos das pessoas, sem deixar de trabalhar criticamente as noções e comportamentos considerados equivocados do ponto de vista da clínica e da epidemiologia e, ao mesmo tempo, agregando ações sanitárias consideradas necessárias do ponto de vista desses saberes (CAMPOS, 1989:73-74).

Oferecer assistência individual às pessoas que adoecem e necessitam de uma intervenção particular, singular, na recuperação de sua saúde, diminuindo o sofrimento decorrente do adoecimento, é uma importante função dos serviços de saúde comprometidos com a defesa da vida. Desenvolver ações de saúde pública, de assistência e também de acolhimento às demandas da população constitui a enorme tarefa dos serviços básicos de saúde (CAMPOS, 1997a; 1997c).

SILVA JÚNIOR (1998), estudando alguns modelos técnico-assistenciais da saúde coletiva, entre eles a proposta baiana de SILOS, a proposta de Curitiba de Cidades Saudáveis e o modelo denominado Defesa da Vida, desenvolvido pelos autores acima (Campos e Merhy) com um conjunto de profissionais da Unicamp, constata que apenas esse último valoriza o espaço do atendimento individual como de elevação de consciência sanitária e de produção de novos padrões de atenção, com ênfase na mudança no cotidiano do “fazer saúde”. Nos demais, subestima-se o papel da clínica, organizando-se a atenção individual por intermédio de normas e programas, com pequeno desenvolvimento de estratégias para construção de novas práticas.

Apesar dos avanços no arcabouço legal com a constituição do Sistema Único de Saúde, diversos são os problemas enfrentados para produzir impacto no modo como se realizam cotidianamente os atos de saúde e para o funcionamento dos serviços segundo o interesse público (CAMPOS, 1992; 1994; 2000). Esses problemas não se resolvem só pelo acesso e não estão relacionados apenas às questões de mudanças e de reformas macroestruturais, mas se referem à micropolítica do processo de trabalho.

O processo de trabalho em saúde não se enquadra totalmente em programas e não consegue ser controlado plenamente por lógicas gerenciais, pois é um “trabalho vivo realizado em ato”, com autonomia dos trabalhadores e um grau de liberdade significativo no modo de produzir os atos de saúde. Decorrente da relação privada que estabelecem com o usuário, os profissionais têm um espaço próprio de gestão de seu trabalho, que MERHY (2002)¹² denomina de autogoverno, e reconstroem no cotidiano dos serviços os modelos de atenção, atualizando-os constantemente.

Os profissionais portam poderes, interesses, desejos, projetos, resistem ou aderem a propostas de mudanças. As práticas de saúde são um território de disputa e de constituição de políticas, onde uma multiplicidade de atores sociais, nos seus “agires”, impõe a conformação dos atos de saúde. Trata-se de uma disputa permanente das normas constituídas, das intenções em torno do que são o objeto e o sentido das ações de saúde (MERHY, 1997b; 2002).

¹² Para mais detalhes, ver capítulo “Micropolítica do trabalho vivo em ato: uma questão institucional e território de tecnologias leves”. In MERHY, E.E. 2002. *Saúde: A Cartografia do Trabalho Vivo*.

Autores como Campos e Merhy destacam a importância de a gestão operar nos aspectos micropolíticos do processo de trabalho, de maneira a construir modelos de atenção eficazes, uma vez que com frequência o modo de operar o cotidiano do trabalho reproduz no dia-a-dia uma atenção centrada em procedimentos, distanciada das necessidades do usuário e da finalidade de produzir saúde.

No que diz respeito aos médicos, estes ocupam posição central nos serviços de saúde, sendo, em geral, o processo de trabalho dos demais profissionais, comandado a partir dos saberes e atos médicos. Como refere CARAPINHEIRO (1993), os médicos detêm uma posição estrutural na divisão de trabalho, sustentada pela dominação de seu saber, diferente da de qualquer outra categoria profissional. A autoridade dos médicos, decorrente do monopólio dos atos diagnóstico-terapêuticos, confere-lhes um poder de influenciar e conformar as práticas de saúde.

Diversos autores demonstraram que a inserção dos médicos nos serviços públicos ocorreu predominantemente estabelecendo regras de atendimento e mantendo determinados padrões de funcionamento particulares, configurando assim uma atuação norteada por lógicas privadas de atenção (CAMPOS, 1989; VIANNA, 1989; MONNERAT, 1996).

CAMPOS (1989) ressalta que historicamente a ausência de propostas de gestão consistentes também contribuiu para a configuração de um determinado tipo de autonomia médica e de intermediação de interesses, reforçando um padrão de atendimento descompromissado com o paciente e com a construção de um trabalho mais coletivo.

De modo geral, a atuação gerencial em relação ao trabalho médico restringe-se a comunicar normas de funcionamento do serviço ou a realizar algumas atualizações “técnico-científicas”, não questionando a forma como se efetua a prática clínica, a escuta, o vínculo, como essa prática se articula ao trabalho de outros profissionais e a que necessidades responde (CAPOZZOLO, 1997). O padrão predominante de atenção nos serviços de atenção básica constitui-se mais da somatória de atos e ações dos diversos profissionais, com pouca integração entre os trabalhos, permanecendo o médico mais

restrito ao atendimento de consultas, com pequeno envolvimento com o resultado final do trabalho.

A prática clínica dos médicos predominante nos serviços de atenção básica tem sido apontada por diversos estudos como uma prática restrita a medicalizar a queixa expressa do paciente, que MENDES-GONÇALVES (1994) denominou de queixa-conduta, na qual a queixa substitui a história e o exame físico, conduzindo, em geral, a uma terapêutica medicamentosa.

Trata-se de uma atenção centrada em procedimentos, que pouco considera as diversas dimensões presentes no processo de adoecimento, de baixa qualidade e resolubilidade, medicalizante, às vezes até mesmo iatrogênica, que reitera a dependência aos serviços de saúde. O tipo de “escuta” por parte dos médicos, de vínculo com o paciente e de responsabilização por seu acompanhamento e restabelecimento, resulta, com frequência, num atendimento pouco efetivo, que acarreta, muitas vezes, a utilização desnecessária de exames subsidiários e uma série de retornos do paciente aos serviços de saúde sem que, no entanto, se resolva o seu problema (CAPOZZOLO, 1997).

CAMPOS (1996) denomina essa prática de clínica degradada, que viola os princípios básicos dos manuais da medicina, em que o objeto de trabalho não é nem mesmo a doença, mas o sintoma. Esse autor ressalta que essa prática é resultado de uma mescla de comportamento alienado dos profissionais que a praticam, de interesses corporativos, econômicos e de políticas e gestão de serviços de saúde inadequados.

A forma de realização da clínica é fundamental para a oferta de uma atenção de qualidade e resolutiva. Passamos a seguir a explicitar a prática que consideramos necessária nos serviços de atenção básica.

2.2.2. Prática médica na atenção básica: a importância de uma clínica ampliada

Na relação individualizada da consulta ocorre uma interação pessoal entre os usuários e os profissionais de qualidade diferente da que ocorre num trabalho coletivo. Essa interação é um momento privilegiado de atuação, tanto no diagnóstico quanto na

intervenção sobre o processo de adoecimento. O poder do médico junto à população destaca-o, como figura central nos serviços de saúde, procurado para julgar qualquer alteração identificada como “doença”.

O desenvolvimento tecnológico e a capacidade de normatizar um número cada vez maior de aspectos da vida do homem induzem a medicina a ser um valor que permeia todos os interstícios da cotidianidade da vida moderna, em que um número crescente de tensões sociais e psicológicas leva à procura de atendimento médico (MENÉNDEZ, 1982; PORTILLO, 1993).

Grande parte da demanda por atendimento médico, nas unidades básicas de saúde, apresenta problemas pouco estruturados do ponto de vista de um quadro nosológico. Contudo esses problemas são complexos quanto ao processo de trabalho necessário para o diagnóstico e para que a intervenção não se restrinja a medicalizar os transtornos decorrentes das “dificuldades do modo de andar a vida”.

Múltiplas determinações se expressam na forma singular de adoecimento dos indivíduos, ou na tradução singular de seu sofrimento como doença, levando-os a buscar atendimento médico. Ao procurar o médico, o paciente deseja uma intervenção em um estado que identifica como doença, com a esperança de que o médico altere esse estado que limita o seu modo de viver.

O médico tem um papel central na avaliação da demanda do paciente, dos riscos individuais do adoecer, e na elaboração de um projeto terapêutico para responder às suas necessidades de atenção, que inclua desde aspectos preventivos até de reabilitação. O encontro clínico é um importante momento para se identificar a singularidade que o processo patológico adquire para o paciente e as linhas de força que estão determinando seu adoecimento, de maneira a poder se pensar em estratégias de intervenção que possam mudar esse processo.

Captar as necessidades singulares de saúde que se expressam nesse momento requer do profissional abertura para se inclinar para o paciente e para a escuta. Trata-se de um “momento de dizer” que expressa diversos planos do coletivo, no qual o paciente se

apresenta com as marcas de seu viver, de sua história, de sua cultura, quando falas e gestos fazem parte de uma complexa comunicação¹³.

A clínica tem um potencial muito grande. PASSOS e BENEVIDES (2001) apresentam o ato clínico como possibilidade de intervenção política sobre a realidade através da experiência de produção de desvio, que “faz bifurcar o percurso da vida na criação de novos territórios existenciais”, devendo ser – mais do que uma atitude de acolhimento para quem demanda atendimento – uma possibilidade de resistência ao assujeitamento e às determinações, uma possibilidade de criação de potência da vida, de produção de si e do mundo¹⁴.

A clínica assim pensada, para além de uma prática humanizada, como uma prática transformadora, escapa de um único núcleo de saber, pois nela há necessidade de entrelaçamento de vários campos do conhecimento, como a Sociologia, a Antropologia, a Psicologia, a Política, a Filosofia, a Medicina, a Educação, a Epidemiologia, entre outros. Como refere CASTIEL (1994), para abordar a singularidade dos modos de adoecer humano é necessário levar em conta a complexidade do biológico, do social, do cultural e do psicológico, transitar por vários saberes, desafiar fronteiras.

O trabalho médico nos serviços de atenção básica reveste-se de uma especificidade decorrente tanto das características da demanda quanto da finalidade do trabalho nesses serviços. Deve ser uma prática incorporadora de outros saberes, articulada com outras atividades e trabalhos, para responder às necessidades tanto individuais de saúde quanto coletivas.

CAMPOS (1996) tem utilizado o conceito de clínica ampliada para definir a prática necessária nesses serviços. Ampliada no que diz respeito ao seu objeto, meios e finalidades: abordar e intervir nos aspectos biológicos, no subjetivo e no social do sujeito

¹³ ARAGON (2002), em um bonito texto denominado “A espessura do encontro”, ressalta a delicadeza e sutileza no momento clínico como fundamentais para conseguir perceber a ajuda que o paciente busca, o “sofrimento que pede passagem”, as linhas de forças que aí estão presentes determinando o seu adoecimento.

¹⁴ PASSOS e BENEVIDES (2001), em seu texto “Clínica e biopolítica no contemporâneo”, ressaltam que a clínica, além do sentido de inclinar-se sobre o leito do paciente – sentido etimológico derivado do grego *Klinikos*, que concerne ao leito, a inclinar, a dobrar –, teria o sentido de desvio, desestabilização – *Clinamen* – no, conceito da filosofia atomista de Epicurxo. Afirmam que a clínica se faz nesse desvio, estando sempre comprometida com um plano de produção, de individuação.

enfermo ou com possibilidades de adoecer e também no coletivo, nos grupos sociais, nas famílias e instituições. Uma clínica que inclui, além da doença, o sujeito e seu contexto, a responsabilidade com a saúde individual e coletiva.

Esse autor ressalta a importância de as intervenções terem como referencial, além da cura e do alívio do sofrimento, contribuir para a construção da autonomia dos pacientes, ou seja, aumentar sua capacidade de enfrentar os problemas de saúde a partir de suas condições concretas de vida e, dessa maneira, diminuir a dependência aos serviços de saúde. Assim, possibilitar ao paciente o conhecimento do seu próprio corpo, da sua doença, de suas relações com o meio social e, conseqüentemente, aumentar sua capacidade para romper com as cadeias de determinação de seu adoecimento, e ainda instituir normas que lhe ampliem a qualidade de vida são diretrizes importantes do projeto terapêutico (CAMPOS, 1994, 1996).

Realizar abordagens e intervenções mais amplas implica incorporar outros saberes e recursos tecnológicos no processo diagnóstico-terapêutico, ampliar os meios, as ações terapêuticas, trabalhar em equipe. Utilizar-se assim de várias técnicas, da educação em saúde, de atividades de grupo, de visitas domiciliares, projetos de intervenção em outras instituições (escolas, creches) e no território (CAMPOS, 1996).

O diagnóstico e a elaboração de um projeto terapêutico para responder às necessidades singulares de atenção, em geral, não conseguem ser realizados num único encontro, dependem de um vínculo e de uma relação que se constroem ao longo do tempo. Queremos destacar que uma prática clínica ampliada exige competência dos profissionais em lidar com esse vínculo, com os aspectos relacionais que ocorrem no momento do encontro com o usuário.

Apesar de a prática médica revestir-se de certa “neutralidade”, em que os profissionais, orientados por referenciais puramente objetivos e “científicos”, atuariam da “mesma maneira sempre” para qualquer paciente, ela é profundamente dependente dos valores ideológicos, morais, éticos e dos sentimentos de seus agentes. A prática médica, embora embasada em uma teoria científica, incorpora elementos em que existem interpretação, subjetividade, ajuizamento (RIBEIRO, 1995).

O médico, como sujeito em relação, possui emoções, sentimentos, identificações provocados no encontro com o paciente que dificultam ou facilitam a aplicação de seus conhecimentos no diagnóstico da demanda, na percepção das necessidades do paciente (BALINT, 1988; PERESTRELLO, 1974; PEDROSA, 1992.; ZIMMERMAN, 1992; TÄHKÄ, 1988).

A habilidade do médico em lidar com os aspectos relacionais de sua prática, com esse momento do encontro, é relevante para o atendimento mais eficaz, que tenha como referência a atenção ao “doente”, e não à “doença”. Essa habilidade, normalmente restrita à capacidade intuitiva do profissional, pode e deve ser adquirida através da apropriação de saberes, referentes a esses aspectos, que auxiliem o profissional a fazer a leitura do que acontece nesse momento e assim ampliar a escuta, qualificar o vínculo e as suas intervenções. Entender e dar espaço à subjetividade do paciente, importante no processo de adoecimento e cura, bem como lidar com a própria subjetividade, com a dinâmica e com os afetos produzidos nesse encontro são fundamentais.

MERHY (1997b; 2002) destaca o campo de ação do trabalho vivo em ato (território das tecnologias leves) como o lugar estratégico de mudanças do modo de produzir saúde, com capacidade de imprimir novos arranjos tecnológicos e novos rumos para os atos produtivos de saúde. Nesse encontro (núcleo de tecnologias leves) se expressam e se definem os modelos de atenção e de incorporação de tecnologias duras e leve-duras (saberes estruturados)¹⁵. Esse momento tende a ser capturado por saberes tecnológicos específicos, que reduzem o foco de ação do médico à produção de procedimentos.

A eficácia de um serviço sempre está associada com certa clínica. Realizar o diagnóstico da real “demanda do paciente” e traduzi-la em uma intervenção que responda às suas necessidades singulares de atenção, diminui a demanda por consumo de atos

¹⁵ Esse autor classifica as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde como: leves, que se referem às tecnologias de relações como produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão e governo do processo de trabalho; leve-duras, que se referem aos saberes estruturados que operam no processo de trabalho (clínica, epidemiologia, planejamento, psicanálise etc.) e duras, que se referem aos equipamentos, máquinas, normas e estruturas organizacionais (MERHY, 1997; 2002).

médicos, por tecnologias, por procedimentos e medicamentos desnecessários, e, desse modo, sua repercussão extrapola o ato médico individual.

Uma prática médica resolutive requer dos profissionais, além de alta competência nos aspectos relacionais, competência também nos aspectos técnico-científicos no seu núcleo específico de saber. Requer, assim, uma combinação de tecnologias de dimensões materiais e imateriais, onde também a disponibilidade de equipamentos e exames necessários para o apoio diagnóstico e terapêutico são importantes.

O trabalho médico na atenção básica é assim um trabalho de alta complexidade tecnológica, constituído de várias tensões: tem de lidar ao mesmo tempo com normas e padronizações de atendimento e com a singularidade do caso; combinar atividades programáticas e projetos terapêuticos individualizados; intervenções voltadas para diminuir riscos e ao mesmo tempo para aumentar os coeficientes de autonomia do paciente em instituir suas próprias normas. Trabalho que depende fundamentalmente do médico, mas também da atuação conjunta com outros profissionais.

Dessa maneira, a escuta qualificada, o vínculo, a responsabilização e o envolvimento dos profissionais com a finalidade de “aliviar sofrimento” e de “produzir saúde”, o trabalho em equipe, a abertura dos profissionais para incorporar outros referenciais e colocar em análise seus atos são fundamentais para haver uma prática eficaz.

Retomamos aqui a discussão de que constituir de uma tecnologia apropriada para operar nesses serviços é um grande desafio. Exige um processo constante de criatividade, um *modus mutantis* de fazer saúde que, diante da realidade local, combine, em diferentes proporções, diferentes atos sanitários e atos clínicos ampliados. Um modelo que nunca se complete e dependa da construção cotidiana do conjunto dos profissionais (CAMPOS, 1997a; 1997b).

A complexidade da organização e gestão do trabalho na atenção básica não se refere apenas à constituição de saberes e práticas, à definição de tecnologias mais apropriadas para as intervenções nesses serviços, mas também ao envolvimento dos profissionais de modo que utilizem todo o saber, toda a potencialidade que possuem para

produzir saúde/cuidado. É preciso mudar as normas e estruturas, mas também as visões de mundo e o modo de produção de subjetividade (CAMPOS, 1991; 1997b; 2000).

As organizações de saúde pública, cujos processos de trabalho sejam coletivos e compartilhados, guiados e centrados na lógica do usuário, só são possíveis de ser alcançadas caso se analisem e se reconstruam as relações entre profissionais e destes com as instituições de saúde e a população.

O grande desafio passa a ser a gestão dos processos de trabalho a fim de possibilitar “a construção de coletivos de trabalhadores comprometidos ético-politicamente com a radical defesa da vida individual e coletiva”. Aumentar o vínculo, a escuta e a responsabilização pela resolução dos problemas dos usuários, resgatar os fins e os sentidos das práticas e não ignorar o próprio interesse e subjetividade dos trabalhadores. Desenvolver ao mesmo tempo ações coletivas, clínica ampliada e os trabalhadores (CAMPOS, 2000).

Em relação ao trabalho médico, esses desafios são ainda maiores. Diversas são as dificuldades para a construção de práticas clínicas mais amplas. A concepção predominante entre os médicos não é a de que realizem uma prática social, mas sim uma prática de sentido único, cuja possibilidade de cura, controle e redução das doenças está no exercício do “seu saber”, da sua intervenção técnica. Operam com um mecanismo de explicação do processo saúde-doença mais restrito ao biológico, em que a causa das doenças deve ser buscada na alteração da “estrutura anatomopatológica”, o que também dificulta a incorporação de outros saberes.

CAMPOS (1996), em artigo em que desenvolve formulações a respeito da clínica ampliada, destaca que essa denominação ocorre em comparação à prática da biomedicina, que tende a operar com a “doença”, excluindo o sujeito e o seu contexto.

Como refere SCHRAIBER (1992;1993), é o “doente” que busca o cuidado, mas é a “doença” que a medicina procura diagnosticar. O diagnóstico ocorre como processo independente do social e apoiado no biológico. O sofrimento transmuta-se em corpo doente e, a seguir, em corpo patológico do saber médico, que, com base na normatividade

biológica, projeta a terapêutica. A racionalidade médica, identificada com a razão científica, busca caracterizar a doença, tentando excluir componentes subjetivos.

Na busca de uma prática científica, a experiência patológica direta do paciente é considerada como irrelevante, e até mesmo como sistematicamente falsificadora do fato patológico objetivo, reforçando o distanciamento do seu sofrimento. Admitir uma determinação social ou psicológica também significa relativizar as referências científicas, uma vez que são variáveis que não podem ser plenamente rotinizadas no processo de investigação (CAMARGO, 1992;1993).

O desenvolvimento científico-tecnológico, que ao mesmo tempo possibilita ampliar o olhar sobre as doenças e a interferência sobre a saúde, introduz também modificações estruturais importantes na prática clínica, como a fragmentação do conhecimento, do objeto, o enfraquecimento do momento clínico e da interação pessoal. Os recursos diagnósticos, os exames subsidiários modificam a forma de apreensão da doença e permitem o diagnóstico quase sem a participação do paciente (SCHRAIBER, 1993).

Destacamos, porém, que, pelo fato de o trabalho médico (como os demais trabalhos em saúde) ser um trabalho “vivo dependente”, que se realiza em ato, há um espaço aberto para a exploração de outras potências nele inscritos, para a construção de novas subjetividades, de novos modos de produção de atos de saúde. É justamente no fato de se realizar através da aplicação de um saber numa relação entre sujeitos que reside a potencialidade de uma prática voltada para as necessidades singulares do paciente.

A prática médica hegemonicamente encontrada nos serviços de saúde possui múltiplas determinações, no entanto a organização e a gestão dos serviços têm um papel fundamental na reformulação dessa prática. Ressaltamos, assim, a importância do desenvolvimento de dispositivos organizacionais e institucionais que contribuam para ampliar o “olhar” e a “escuta” dos profissionais, bem como para construir novas formas da relação com os usuários, com os demais profissionais e com o trabalho.

Com referência em autores como CAMPOS (1996; 2000), MERHY (1997b, 2002) e CECÍLIO (1994), que têm pensado na criação de modelos de gestão e de métodos para atuar na micropolítica do processo de trabalho, salientamos a importância de

arranjos institucionais que estimulem o trabalho em equipe, o acolhimento, o vínculo com os usuários, que estabeleçam de forma clara a responsabilização dos profissionais pelo cuidado e pelo projeto terapêutico dos pacientes, bem como propiciem a aquisição de referenciais para atuação mais amplas e para compreender e lidar com os aspectos relacionais dessa prática.

Possibilitar a construção de espaços coletivos para a reflexão e avaliação do sentido dos atos produzidos, colocar em análise a incorporação acrítica de tecnologias materiais, a eficácia da clínica produzida, os padrões de escuta, as relações estabelecidas com o paciente e entre os profissionais - são alguns mecanismos indicados para a ampliação dessa prática.

Destacamos, assim, como estratégico nos serviços de atenção básica a construção de uma prática clínica ampliada, com vínculo e responsabilização pelo cuidado dos usuários para a oferta de uma atenção de qualidade e resolutiva que diminua a medicalização e o consumo por mais atos e procedimentos médicos.

Apesar de diversas experiências institucionais, orientadas pelo referencial do modelo Defesa da Vida, na busca de mudanças nos atos clínicos e no cotidiano “do fazer saúde”, essa não foi a ênfase de grande parte dos modelos tecnológicos de atenção, o que se constituiu num importante nó crítico para o projeto da reforma sanitária (SILVA JÚNIOR, 1998).

Na metade da década de 90, pressionado por uma agenda internacional, ganha enorme relevância como proposta de organização do modelo da atenção básica o Programa de Saúde da Família (PSF), formulado pelo Ministério da Saúde. Esse programa se insere no debate em torno das opções de reorientação do modelo assistencial para responder à crise de eficiência e eficácia do setor saúde, propondo mudanças importantes na organização do trabalho médico nos serviços de atenção básica.

Antes de caracterizarmos melhor as suas proposições, consideramos importante uma breve apresentação do contexto em que emerge esse programa e que se relaciona às diversas polêmicas que o cercam.



3. O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

3.1. O CONTEXTO DE EMERGÊNCIA DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

O final do século XX é marcado por profundas transformações sociais, econômicas e políticas. Vive-se uma transição tecnológica que vem reestruturando a produção, só comparável àquela experimentada nos momentos iniciais do capitalismo, com radicais alterações dos processos produtivos e do padrão de acumulação do capital (HOBBSAWM, 1995).

Ocorrem novas configurações entre as diversas forças políticas, em decorrência da nova dinâmica econômica, política e de relações de classe (expressa de maneira significativa após a queda do Muro de Berlim), que resultam em uma recomposição ideológica e no avanço de políticas conservadoras. Retraem-se os direitos sociais de um lado e, de outro, estabelece-se novo processo de acumulação do capital, em que a ordem do dia passa a ser a transferência para o mercado privado de vários setores estatais.

Associado à crise econômica e fiscal do Estado, sobretudo a partir da segunda metade dos anos 70, ganha força como proposta de organização da economia e da sociedade o projeto neoliberal, com a idéia de um Estado mínimo, contra a noção do Estado como provedor de bem-estar social. As políticas sociais tornam-se um dos principais objetos de contestação e um dos alvos preferidos dos discursos e das ações de reforma do Estado (COSTA, 1996; ALMEIDA, 1999).

No campo específico da saúde, os problemas decorrentes da implementação do modelo médico hegemônico atingem o auge com o aumento crescente dos custos da assistência sem o correspondente impacto na saúde das populações. A crise do setor de saúde associada à reestruturação do capitalismo imprime uma nova agenda para as políticas de saúde e para a organização dos sistemas e modelos de atenção tanto nos países desenvolvidos como nos dependentes.

Segundo ALMEIDA (1996), os anos 90 apresentam a terceira grande onda de reformas sanitárias do século XX. A primeira onda se inicia no final do século XIX, caracterizada por subsídios estatais e programas específicos para os pobres e trabalhadores

de baixa renda; a segunda acontece logo após a Segunda Guerra Mundial, transformando o acesso aos serviços de saúde em direito à cidadania; e a terceira, após uma configuração de expansão específica de serviços de assistência médica, resulta, a partir dos anos 80, numa série de reformas, onde o acesso igualitário à atenção médica passa a ser visto como uma das principais causas do aumento do déficit público. Ocorre uma ênfase do discurso ideológico sobre o gasto sanitário incontável e a assistência médica é colocada no centro da crise do setor, reduzindo-se a crise sanitária à crise dos sistemas de serviços de saúde.

Partindo de um diagnóstico da crise setorial, dois eixos centrais têm orientado as propostas de reforma do setor de saúde: a contenção dos custos com a assistência médica através de várias medidas racionalizadoras (que incluem a restrição da oferta de serviços médicos), e a reestruturação do mix público/privado, por meio da descentralização de atividades e responsabilidades do setor público para o setor privado (ALMEIDA, 1999).

As propostas de reforma setorial engendradas com as de reforma do Estado decorrem da reconfiguração capitalista em que ganha destaque o capital financeiro. Com a emergência do grande capital, a disputa vai além da discussão dos fundos fiscais a serem utilizados na saúde, mas atravessa os aspectos da produção e regulação dos serviços e das práticas de saúde. Articulam-se reformas que se dirigem tanto ao setor público quanto ao setor privado e se referem a alterações macro e microestruturais (LAURELL, 1995).

A participação de agências financeiras supranacionais na formulação de políticas setoriais, principalmente em países dependentes, assume maior expressão, destacando-se o aumento dos financiamentos do Banco Mundial para o setor de saúde, sob a difusão de medidas de ajuste macroeconômico e de racionalização do gasto setorial, com a definição de prioridades segundo princípios econômicos custo-efetividade (ALMEIDA, 1996; LAURELL, 1994; COSTA, 1996).

O crédito de organismos internacionais aos países dependentes passa a ser condicionado por uma série de exigências, como a retração do papel do Estado, identificado como ineficiente, a diminuição de gastos, especialmente os sociais, e a abertura da economia para os capitais internacionais, entre outras. Do cumprimento dessas exigências depende o acesso a novos recursos financeiros internacionais.

As políticas de reajuste estrutural impostas pelo FMI (Fundo Monetário Internacional) e Banco Mundial contribuíram para a crise econômica em diversos países em desenvolvimento e agravaram seu estado de pobreza ao reduzirem as despesas públicas nas áreas sociais, afetando a situação da saúde (LAURELL, 1994).

Em 1993, o Banco Mundial publica o documento *Investir em Saúde*, que, por meio de um diagnóstico genérico sobre os aspectos da saúde em nível mundial, sobretudo nos países em desenvolvimento, propõe uma agenda para a reforma dos sistemas de saúde desses países. Essa agenda é bastante sintonizada com o movimento mundial de reforma do Estado, que questiona a permanência da assistência médica entre os benefícios que compõem a política social (ALMEIDA, 1999).

LAURELL (1994), ao analisar esse documento, afirma que o Banco Mundial expressa uma crescente preocupação dos organismos internacionais com os efeitos políticos e sociais dos programas de ajuste estrutural, construindo um discurso social centrado no combate à pobreza. Sua proposta tenta compatibilizar políticas para amenizar esses efeitos e ao mesmo tempo aumentar o espaço para a acumulação do capital, ao buscar reduzir a participação do Estado na oferta de serviços de saúde.

A agenda do Banco Mundial tem como premissa principal que a saúde pertence ao âmbito privado, uma vez que é um bem consumido individualmente por pessoas privadas. Assim, como algumas pessoas consomem mais serviços que outras, gera-se uma situação de “injustiça” quando esse bem é público, dado ser apropriado de forma desigual pelos diversos indivíduos. Segundo essa lógica, é justo que cada um pague por seus serviços individuais e que fiquem a cargo do setor público apenas os serviços e medidas de saúde pública que podem ser apropriados por todos da mesma maneira, ou seja, coletivamente. Concebe assim a saúde como mercadoria e o mercado como melhor mecanismo para a organização da sociedade (LAURELL, 1994).

Fixada na racionalidade econômica (custo-benefício), propõe ao Estado focalizar os “poucos recursos disponíveis” através de uma assistência estatal seletiva, recompondo a questão do direito à saúde, em que o conceito de igualdade passa a ser substituído pelo de equidade. Devem-se diminuir os gastos com os níveis complexos de

atenção, uma vez que, nesses níveis, as intervenções provocam pouco impacto em “ganho de saúde” em relação aos investimentos. Esses devem ser direcionados para programas que, baseados em critérios de custo-efetividade, permitam ganhar o maior número de anos saudáveis ao menor custo. Propõe, assim, uma focalização de recursos públicos.

Dessa maneira, ao setor público caberia promover cidades saudáveis e oferecer serviços clínicos essenciais à população pobre com ações de alta efetividade, por meio de uma “cesta mínima” de consumo de ações primárias de saúde, à qual, pelo acesso via mercado a prestadores privados, se agregariam novas modalidades de consumo no campo da assistência. O setor privado seria responsável pela prestação de serviços clínicos não-essenciais à população que pode pagar, cabendo ao Estado a sua regulação e o fomento à iniciativa privada através de fundos públicos.

A agenda apresenta como principal responsável pela saúde o indivíduo e sua família e, portanto, há uma grande ênfase no autocuidado e na adoção de condutas saudáveis, transferindo-se a maior parte das responsabilidades pela saúde para as unidades familiares.

As idéias intelectuais da reforma do Estado e a orientação para o mercado, ao se articularem com as temáticas do combate à pobreza e com a efetividade de programas sociais, argumentam pelo fim das engenharias universalistas baseadas em instituições públicas, produzindo consenso sobre a restrição do Estado nacional e perdas significativas para os grupos vulneráveis da sociedade (COSTA, 1996).

Essa agenda vem orientando a política setorial em diversos países do mundo, assumindo características específicas conforme a situação política e o processo histórico particular de cada setor de saúde, mas produzindo sempre uma reorganização do mix público/privado.

No Brasil contudo há um contexto paradoxal: Criou-se uma configuração de forças políticas, que tem a saúde como um bem público e de responsabilidade do Estado, o que está referendado num arcabouço jurídico-legal, com grande adesão dos movimentos sociais, gestores do sistema de saúde e do movimento sindical, conferindo uma peculiar

implantação dessa política. Por isso a privatização aqui não ocorre da mesma maneira que o registrado em outros países da América Latina¹. O SUS segue como sistema de saúde universalizado e essencialmente público.

CAMPOS e CAMPOS (2000) ressaltam que, apesar do período de auge do neoliberalismo, a política pública de saúde implantada no Brasil na década de 90 guarda importante grau de antagonismo com a crescente liberalização da economia, com o desmonte de instituições públicas e com o avanço do modelo neoliberal. Observa-se mesmo uma ampliação dos serviços de saúde, das bases solidárias e da gestão democrática com participação social.

No entanto essa agenda internacional se expressa no nosso país de várias maneiras. No início dos anos 90 ocorrem pressões para a revisão dos direitos sociais conseguidos na Constituição, assim como criam-se diversos empecilhos para a definição de fontes estáveis de financiamento do setor². O SUS, ainda não consolidado, entra nos anos 90 submetido ao agravamento da crise econômica e fiscal do país, tornando-se alvo, tanto quanto os demais setores sociais, das políticas de ajuste e contenção de gastos, que colocam em jogo seus princípios universalizantes e solidários.

As políticas sociais são afetadas também através da redução dos salários e pelo decréscimo do número de empregos formais (fonte de arrecadação da seguridade social), ao mesmo tempo que cresce a demanda por serviços de saúde dos trabalhadores do setor informal e da classe média empobrecida (AGUIAR, 1998).

Vale ressaltar que no Brasil, a partir de 1995, o tema da reforma do Estado adquire destaque com a criação do Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), que apresenta uma série de propostas, entre elas a da retirada do Estado como prestador de “áreas não-exclusivas”, limites dos gastos públicos com pessoal, implantação da lei de responsabilidade fiscal etc.

¹ Grande parte dos países da América Latina implementou o receituário proposto pelo Banco Mundial. Os documentos da Organização Panamericana da Saúde, de orientações estratégicas e programáticas para o triênio de 1995-1998 da região, apontam que houve um aumento considerável do setor privado na região, mas no entanto a infra-estrutura global de atenção não se expandiu, sofrendo mesmo uma deterioração, devido à redução das despesas públicas do setor. Houve assim uma distribuição desigual de acesso entre as diversas categorias de renda nesses países (AGUIAR, 1998).

² Em 1993, sob o governo Collor, há um corte violento no orçamento federal da saúde, sendo desencadeada uma luta política para a aprovação de fontes estáveis para o orçamento da saúde, conseguida apenas em uma emenda constitucional aprovada em setembro de 2000.

Na saúde, propõe-se a separação de ações de financiamento e execução de serviços através das Organizações Sociais (OS), modelo jurídico de organizações públicas não-estatais de direito privado, para gerir complexos equipamentos públicos, como hospitais, universidades, entre outros. As OS seriam organismos considerados mais ágeis que os da administração direta do Estado, pautados na lógica da regulação do mercado para cumprir seus fins sociais, com possibilidades, entre outras coisas, de contratar pessoal sem concurso público; adotar normas próprias para compras e contratos; adotar orçamentos regrados por contratos de gestão etc.

Para o sistema de assistência médico-hospitalar propõe dois subsistemas: o de atenção básica e o de referência ambulatorial e hospitalar. A forma de alocação de recursos financeiros para o setor saúde, através da Norma Operacional Básica (NOB) de 1996, é considerada por BUENO e MERHY (1997) como importante instrumento indutor dessa linha de reforma ao instituir estímulos financeiros para implantação de programas como o PSF na atenção básica e uma centralização dos serviços de maior complexidade, em que o setor público teria apenas um papel normativo e fiscal, num modelo calcado na combinação público/privado.

Num contexto de pressões para a redução do papel do Estado à sua função reguladora, para a focalização de recursos e para a diminuição do acesso universal aos serviços médicos é que o PSF ganha proeminência na agenda nacional, transformando-se numa das estratégias prioritárias do governo federal a fim de impulsionar transformações no modelo assistencial a partir da atenção básica.

Como refere Merhy, trata-se de contexto de intensa disputa por “modelos de atenção mais estatais ou mais privados, médico ou sanitário centrados e que tem colocado certos setores do capital e governamentais em franca luta por diferentes políticas de saúde, que colocam de maneira distinta o papel do Estado, do mercado, dos prestadores, e mesmo do que é saúde” (MERHY, 1999:1).

Queremos ressaltar que as tendências macropolíticas aqui assinaladas não devem ser tomadas como impondo uma subordinação determinista e linear, mas como condicionantes e tendências pertencentes ao jogo de forças que atravessam o cotidiano dos serviços de saúde e repercutem na micropolítica do trabalho.

3.2. A IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL

O Programa de Saúde da Família, formulado pelo governo federal em 1993, é introduzido oficialmente como programa do Ministério da Saúde a partir de 1994, com a perspectiva inicial de atender prioritariamente os 32 milhões de brasileiros incluídos no mapa da fome do IPEA, “expostos a maior risco de adoecer e morrer e, na sua maioria, sem acesso permanente aos serviços de saúde” (BRASIL, 1994).

Apresenta-se na esteira de programas que visavam a extensão de cobertura e ampliação do acesso a serviços de saúde para grupos marginalizados, moradores de regiões com baixa densidade populacional ou pequenos centros urbanos (principalmente da região Nordeste) com condições de saúde precárias (AGUIAR, 1998; VASCONCELOS, 1998; COHEN, 2001; SILVA, 2001).

Dentre esses programas destaca-se o Programa dos Agentes de Saúde, implantado no Ceará, desde 1988, como parte do Programa Comunidade Solidária, para o combate da pobreza e das graves condições econômicas e sociais da região em decorrência da seca. Esse programa, que inicialmente tinha como ênfase oferecer frentes de trabalho num contexto de calamidade pública, se desloca, numa segunda fase, para a viabilização de uma política de extensão de cobertura de ações de saúde, com impacto importante na queda da mortalidade infantil (SILVA, 2001).

A partir de 1991, o Ministério da Saúde, devido aos resultados observados, assume o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) como prioritário para a redução dos níveis de mortalidade infantil, incentivando a sua implantação em diversos municípios (COHEN, 2001; SILVA, 2001).

O PSF surge como um programa do governo federal, sob a coordenação da Fundação Nacional de Saúde³, a fim de agregar maior resolubilidade ao PACS, portanto voltado para as regiões que apresentavam condições adversas de saúde e de acesso aos serviços com indicadores bastante desfavoráveis de morbimortalidade (VIANNA e DAL POZ, 1998; COHEN, 2001). O PACS é considerado, assim, como a primeira etapa de implantação do PSF.

³ A coordenação do PSF foi inserida inicialmente na COSAC - Coordenação de Saúde da Comunidade, que agregava também as coordenações do PACS e de Interiorização do SUS (COHEN, 2001; AGUIAR, 1998).

A partir do final de 1995 ocorre a sua efetiva expansão nacional com mudanças de sua inserção na política do governo federal⁴. Os documentos do Ministério da Saúde, desde 1996, passam a apresentar o programa como uma estratégia governamental de reorientação do setor de saúde, deixando de citar o mapa da fome como prioridade e justificando, em suas publicações, não se “tratar de modelo simplificado, de pobre para pobre” (BRASIL, 1996).

Considerando o modelo hegemônico de assistência à saúde ineficiente e ineficaz por ser centrado na atenção hospitalar e na oferta de atendimentos médicos prioritariamente orientados para a doença e para ações curativas, com a utilização cada vez maior de serviços especializados e de procedimentos de alta densidade tecnológica, o PSF é apresentado pelo Ministério como estratégia para alterar esse modelo a partir da atenção básica (BRASIL, 1996; 1997; 2001).

Como opção política explícita do governo federal, esse programa se expande, fortemente centralizado pelo Ministério da Saúde, através de uma série de incentivos financeiros. Num primeiro momento define-se um teto especial e pagamento diferenciado por procedimento para os municípios que estivessem implantando o programa e, depois, com a NOB 96 e com a implantação efetiva do Piso de Atenção Básica a partir de 1998, se acentua o estímulo à adoção do programa, através de repasses financeiros específicos.

O REFORSUS (Reforço à Reorganização do SUS) - iniciativa do Ministério da Saúde financiada pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento e Banco Mundial –, em 1997, agrega o PSF em seus projetos, passando a financiar os pólos de capacitação de recursos humanos e também a investir em infra-estrutura, tornando-se um importante mecanismo de fortalecimento do programa (VIANNA e DAL POZ, 1998).

⁴ Na gestão do ministro Adib Jatene, em 1995, a coordenação do programa é transferida para a Secretaria de Assistência à Saúde, momento em que também se iniciam as discussões a respeito da remuneração de seus procedimentos. Depois, em 2000, a coordenação é transferida para a Secretaria de Políticas de Saúde. Essas mudanças indicam a importância institucional que o programa vai assumindo (COHEN, 2001).

A partir de 1999 fica estabelecido que os municípios com maior percentual de população acompanhada por equipes do PSF passariam a receber incentivos diferenciados, num total de nove faixas⁵. Assim, até fevereiro de 2002 o programa havia sido implantado em cerca de 68% dos municípios do Brasil com 14.209 equipes, atingindo 49 milhões de pessoas, com uma cobertura de cerca 28% do total da população brasileira, então assumindo uma importante dimensão nacional (BRASIL, 2001).

Nos documentos do Ministério da Saúde, o PSF é apresentado como um “novo modelo estruturante”, que pretende resolver a crise do setor de saúde otimizando a relação custo-benefício através da mudança do objeto de atenção, forma de atuação e organização geral dos serviços.

O objeto de atenção passa do indivíduo para a família, entendida a partir do espaço em que vive - o espaço-domicílio -, considerado como espaço âncora onde se constroem as relações intra e extrafamiliares, que comporta os fatos relativos ao processo saúde-doença e permite uma intervenção de maior significação social. O núcleo básico da abordagem no atendimento à saúde passa a ser a família e o seu espaço social (BRASIL, 1996; 2001).

A forma de atuação é baseada no trabalho de uma equipe, composta minimamente de um médico de família ou generalista, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários. A cada equipe corresponde um número de 600 a 1.000 famílias adscritas, que pode variar conforme a realidade local. A partir das necessidades e dos fatores de risco da população adscrita preconiza-se o planejamento de ações para enfrentar os determinantes do processo saúde-doença (BRASIL, 1996; 2001).

O programa, apresentado como porta de entrada do sistema local de saúde, se propõe a assumir a responsabilidade pela atenção integral da população que reside na sua área de atuação (responder à demanda espontânea e programática) e a reorganizar as ações e os serviços dos demais níveis de atenção. Utilizando o princípio da vigilância à saúde, pretende “identificar e intervir sobre os problemas de saúde e situações de risco que a

⁵ O valor referente à transferência de recursos por equipes de saúde da família varia de acordo com as faixas de cobertura populacional pelo programa, no total de nove faixas. Em 2001 o valor do repasse da primeira faixa para municípios com cobertura até 4,9% de sua população era de R\$ 28.008,00 por equipe/ano e o valor da última faixa para municípios com cobertura de mais de 70% de sua população era de R\$54.000,00 por equipe/ano (BRASIL, 2001).

população está exposta, visando a melhoria progressiva das condições de saúde e da qualidade de vida da população assistida”, deslocando-se da atenção à doença para a atenção à saúde (BRASIL, 1996; 1997).

Ao trabalhar com um território de abrangência definido e uma população adscrita, objetiva também estabelecer vínculos e criar “laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais da saúde e a população”, de maneira a propiciar a humanização das práticas de saúde e melhor apropriação dos condicionantes do processo saúde-doença pelos profissionais (BRASIL, 1996; 1997).

Esse programa se apresenta com caráter substitutivo. Não pretende a criação de novas estruturas de serviços, mas a substituição de práticas convencionais por um novo processo de trabalho, centrado na vigilância à saúde e no deslocamento do saber e do poder, anteriormente centrado no médico, para a equipe (BRASIL, 1996).

Para implantar seus princípios, define como papel da equipe: identificar os problemas de saúde prevalentes e as situações de risco da população adscrita; oferecer uma atenção integral com ênfase na prevenção e promoção; desenvolver ações educativas e catalisar as várias políticas setoriais para enfrentar os determinantes do processo saúde-doença, bem como estabelecer um trabalho de construção da cidadania. E também aponta as atribuições básicas de cada profissional quanto ao planejamento do trabalho, execução de ações, supervisão, relações com os demais membros da equipe, atuação na comunidade e avaliação dos resultados (BRASIL, 1997; 2001).

Em relação ao trabalho médico, o programa preconiza preferencialmente um generalista, que deve atender todos os componentes da família, independentemente de sexo ou idade, “comprometer-se com a pessoa”, procurando entender “a doença em seu contexto pessoal, familiar e social” e assim oferecer uma atenção integral, abordando aspectos preventivos e de educação sanitária, empenhando-se para manter seus clientes saudáveis, quer venham à consulta ou não (BRASIL, 1997; 2001).

Além disso, ao profissional médico cabe executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em sua área de abrangência, participar da programação, planejamento de ações e da organização do processo de trabalho das unidades de saúde da

família, bem como discutir de forma permanente com a equipe de trabalho e a comunidade o conceito de cidadania, promover a qualidade de vida e contribuir para que o meio ambiente seja mais saudável. Dessa maneira, propõe para o médico uma atuação bastante ampla.

3.2. PARADOXOS DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Várias têm sido as polêmicas relacionadas à proposta do PSF. Por um lado, ante as alternativas no plano macroeconômico e político internacional, em que as pendências sociais têm sido atreladas à estabilidade econômica e ao controle do déficit público, levantam-se questões quanto ao risco da segmentação de clientela e da focalização da atenção com retrocessos e limitações dos princípios do SUS, e, por outro lado, questões quanto ao seu potencial de viabilizar mudanças nas práticas de saúde da atenção primária.

Seria um projeto focalizador em decorrência dos altos custos do sistema e da incompatibilidade de financiamento do Estado para políticas universalizantes? O referencial que o inspira seria uma melhor adequação às necessidades dos usuários ou uma racionalização de custos dirigida preferencialmente às populações excluídas? Seria capaz de enfrentar a atual complexidade do perfil de saúde da população ou tenderia a modalidades simplificadas de produção de atos de saúde? Seria viável para os atuais padrões de consumo e necessidades de saúde existentes, principalmente nas grandes cidades, onde já existiria uma rede de serviços formada? Conseguiria alterar o padrão de atuação profissional consolidado?

As suas ligações com a agenda internacional proposta pelo Banco Mundial têm sido ressaltadas devido ao modo como está ocorrendo sua implantação, centralizada e fortemente induzida por estímulos financeiros, desconsiderando as diversas realidades locais.

PAIM (2001) assinala que, apesar de faltar evidências de que esta seja uma estratégia suficientemente eficaz para a reorientação dos modelos assistenciais dominantes e das formas hegemônicas de prestação de serviços, tornou-se o modelo a ser adotado em todo o território nacional, olvidando as diversas experiências de reorganização da atenção básica acumuladas desde a implantação do SUS.

Ao se apresentar como uma solução linear, MERHY (2001) ressalta que o PSF desconsidera a grande produção desenvolvida no campo de saúde coletiva para dar conta do complexo objetivo de responder às diversas necessidades de saúde e desenvolver as intervenções necessárias para a sua realização. Esses autores destacam, assim, que um único modelo não é capaz de responder às situações de saúde tão heterogêneas e complexas como as da população brasileira.

A composição das equipes de saúde (médicos de famílias, profissionais de enfermagem e agentes comunitários), proposta pelo Ministério da Saúde, tem sido apontada como insuficiente, principalmente nos grandes centros urbanos, para intervir nas diversas e complexas necessidades de saúde (MISOCZKY, 1994; PAIM, 2001).

Considerando-se que parte significativa das unidades de saúde, sobretudo nas cidades de médio e grande porte, já contava com médicos das especialidades básicas e com equipes compostas por profissionais de outras áreas (mental, bucal, reabilitação etc.), questiona-se o fato de o programa não apresentar propostas de trabalhar com essas equipes existentes. Além disso, na maioria dos municípios o programa tem sido implantado à parte da rede de serviços já existente, que em 1998 contava em todo o território nacional com cerca de 55.647 unidades básicas (FRANCO e MERHY, 1999a).

Diversos estudos têm constatado dificuldades na integração do PSF ou projetos similares⁶ com a rede local de serviços. O programa, em geral, mantém-se numa estrutura paralela, focalizando sua atuação nas populações excluídas, e dessa maneira revelando limites para a reordenação mais global dos serviços de saúde. (AGUIAR, 1998; D'AGUIAR 2001; SENNA, 1995; COHEN, 2001; MASCARENHAS e ALMEIDA, 2002). Dados do Ministério da Saúde indicam que o enfoque de populações de maior risco social e excluídas tem sido empregado para a definição da implantação das equipes em cerca de 81,9% dos casos (BRASIL, 1999).

⁶ A partir de 18/11/99 passam a ser aceitos pelo Ministério da Saúde projetos considerados similares ao PSF, como o programa do médico de família de Niterói. Porém esses projetos têm recebido um incentivo financeiro menor, com um repasse fixo por equipe, independentemente das faixas de cobertura da população, o que, de certa maneira, tem desestimulado o desenvolvimento de novas alternativas (COHEN, 2001).

Assim, tem sido ressaltada a filiação do PSF à linhagem de propostas racionalizadoras que vêm sendo preconizadas desde a Segunda Guerra Mundial, para a reorganização da assistência à saúde, como alternativas às práticas dominantes do modelo médico hegemônico, que se caracterizaram por um limitado impacto para alterar esses padrões, ao restringirem sua atuação à discriminação positiva, à focalização a alguns grupos excluídos e à utilização de tecnologias simplificadas (MISOCZKY, 1994; MIRANDA, 1997; FRANCO e MERHY, 1999a).

NOVAES (2002) avalia que o Programa de Saúde da Família tem objetivos mais ampliados em relação às propostas originais que o inspiraram, mas questiona em que medida pode superar as limitações já identificadas com a Medicina Comunitária e a proposta de Atenção Primária em Saúde, cujo enfoque racionalizador de focalização e discriminação positiva não conseguiu enfrentar o complexo perfil de saúde da população, alterar o padrão de cuidado e de atuação profissional e responder às demandas e necessidades de consumo.

O reconhecimento da família como fator determinante principal da saúde da população e como núcleo central de intervenção para alterar o perfil de morbimortalidade significa uma redução, um retrocesso na concepção da produção social do processo saúde-doença (MIRANDA, 1997). Nesse sentido, condizente com a proposta do Banco Mundial, que identifica como principal responsável pela saúde o indivíduo e sua família.

Outra questão vinculada à agenda da reforma diz respeito ao fato de que em parte significativa dos municípios os profissionais das equipes de PSF não possuem vínculo empregatício ou apenas formas de contrato precárias. Somente 14% dos médicos e das enfermeiras ingressam no programa através de concurso público, enquanto 62% através de contratos de trabalho precários, sem as garantias jurídicas de direito trabalhista (MACHADO, 2000).

Dentre as modalidades de contratação sugeridas pelo Ministério da Saúde estão as contratações através de Organizações Não-Governamentais, das Organizações Sociais, de associação de moradores, cooperativas, contratos por meio de empresas, cargos em comissão etc. (MACHADO, 2000; D'AGUIAR, 2001; SOUZA, S., 2001).

Muitos autores ressaltam, no entanto, que apesar dos seus limites, essa proposta vem sendo submetida a um jogo constante de construção-reconstrução de projetos e hegemonias e modificada em decorrência desse jogo, assumindo conformações diversas de seu projeto inicial, ampliando-se as possibilidades de não ser um pacote básico ou uma proposta de medicina para os excluídos.

A transformação de um programa inicialmente destinado ao mapa da fome no Brasil para uma estratégia de reorientação do modelo de atenção básica, bem como a possibilidade de financiamento de programas similares, apesar de receberem valores menores, são apontados como indicativos do movimento de pressão para ampliar suas proposições originais, assim como as pressões para aumentar as equipes, incorporar outros atendimentos (saúde bucal, mental), exigir soluções institucionais para a referência e contra-referência etc. (VIANA e DAL POZ, 1998; CAMPOS e BELISÁRIO, 2001).

Com o programa, crescem o aporte financeiro para atenção básica e a possibilidade de cobertura para áreas excluídas da atenção, apesar dos riscos de implantação pró-forma pelos municípios para receber os incentivos financeiros atrelados ao programa. LEVCOVITZ e GARRIDO (1996) ressaltam que grande parte da atração e da expressão dessa proposta deve-se também ao fato de que havia uma crise de financiamento do setor de saúde, problemas na garantia de uma cobertura mínima a toda população e vários modelos de atenção que não ofereciam respostas adequadas às necessidades de saúde da população. A rede de unidades básicas existente apresentava, em geral, um trabalho centrado na oferta de consultas médicas tipo pronto-atendimento, com acesso burocratizado, pouca vinculação e responsabilização dos profissionais pelo cuidado e dificuldades para garantir ações de prevenção, promoção e de assistência de qualidade.

Alguns autores, como MENDES (1996), analisam que o PSF tem potência para reverter o quadro de crise do setor de saúde, ressaltando o caráter estratégico dessa proposta, baseada no paradigma da Vigilância e Promoção à Saúde, em impulsionar o desenvolvimento da atenção primária à saúde e catalisar o reordenamento dos níveis secundários e terciários, mediante uma estratégia complementar de consórcio de saúde. Embora considere que esse programa não é uma versão contemporânea da medicina simplificada e nem um projeto exclusivo para regiões ou grupos sociais excluídos, reforça

que “deve ter os excluídos e as regiões mais pobres como prioridade e deve utilizar largamente tecnologias custo/benefício” (MENDES, 1996: 273).

MIRANDA (1997), mesmo notando que a sua indução pela política do Banco Mundial de focalização a populações marginalizadas pode levar a uma simplificação dos atos e desqualificação da atenção, salienta que seus desdobramentos não estão todos determinados e que a proposta possui potencial de propiciar maior aproximação das realidades locais, de produzir maior sensibilização social dos trabalhadores e, dessa maneira, induzir a um planejamento mais criativo, ao exercício de novas formas de democracia e também a uma maior racionalização na utilização de tecnologias (MIRANDA, 1997).

Ainda segundo esse autor, a proposta não deve ser tomada como uma panacéia, mas como uma forma não-exclusiva de organizar a assistência em nível local, com enfoque na saúde e no modo como as pessoas vivem. Miranda ressalta que, pela conjuntura local e tensionamentos diversos, há um mosaico de experiências, vários e diversos PSFs sendo experimentados pelo país. Portanto, apesar de sua origem, não deve ser aprioristicamente dogmatizado.

O programa ainda é analisado, por diversos autores, como dono de um grande potencial para estabelecer procedimentos profissionais mais econômicos e eficazes, pela valorização de médicos mais generalistas e, através da interferência no mercado de trabalho em saúde, também como potencializador de mudanças nas instituições formadoras, reforçando as propostas existentes de reformulação curricular na área médica (LEVCOVITZ e GARRIDO, 1996; VIANNA e DAL POZ, 1998; CAMPOS e BELISÁRIO, 2001).

Para COHEN (2001), o PSF apresenta argumentações contraditórias e possibilita diferentes interpretações sobre seu propósito. Pode portanto servir a diferentes grupos de interesse e, assim, ser capaz de transformar a assistência ou reproduzir o modelo hegemônico de forma perversa com práticas populistas. Na arena de sua implantação há disputas de concepções, de um lado, orientadas pela implementação da reforma neoliberal do setor de saúde, como modelo para responder, a baixo custo, às necessidades de saúde da

população que não pode consumir no mercado e, de outro, como um movimento de resgate da relação entre profissional de saúde e comunidade, de elevação da consciência sanitária e melhoria da qualidade de vida da população, o que significa melhor captação da demanda, detecção cada vez mais precoce de agravos à saúde e conseqüentemente maior racionalização dos gastos com saúde.

Muitos setores ligados ao Movimento Sanitário têm identificado uma grande potencialidade no modelo tecnológico do PSF para instituir novos processos de cuidados e se contrapor ao modelo médico hegemônico. Esse é o recorte que nos interessa estudar – a potencialidade do PSF em produzir novas práticas de cuidados, mais especificamente, a sua potencialidade em alterar a produção dos atos médicos hegemônicos.

3.3. O TRABALHO DO MÉDICO NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Apesar de não haver formulações mais aprofundadas nos documentos do Ministério da Saúde sobre a clínica, este programa propõe mudanças importantes na organização do trabalho médico. Além da assistência às diversas faixas etárias, pretende que o médico tenha uma atuação bastante ampla: incorpore no seu atendimento individual aspectos referentes ao emocional, ao familiar, ao social e à prevenção; realize, além de ações de assistência, ações educativas, coletivas e comunitárias em conjunto com os demais profissionais da equipe, bem como participe do planejamento e organização do processo de trabalho. Oferece uma remuneração acima dos níveis predominantes nos serviços públicos para a fixação dos profissionais em tempo integral.

Estipula como atividades semanais dos médicos o atendimento de consultas na unidade, atividades educativas de grupo, reuniões de equipe e o atendimento domiciliar, compreendido como importante para a aproximação dos profissionais com a realidade do local onde vivem as famílias. Uma diferença significativa em relação à inserção tradicional dos médicos nas unidades de saúde se refere ao fato de, nessa proposta, os profissionais serem vinculados a uma equipe de saúde com uma clara responsabilidade pela assistência integral à população adscrita e por desenvolver ações de vigilância à saúde, de promoção e prevenção. Estipula ainda instrumentos que permitem avaliar a cobertura da população e a produção dos profissionais.

O programa “aposta” no médico generalista/de família para se contrapor ao atendimento especializado e fragmentado e, assim, promover maior racionalização na utilização de tecnologias (exames/especialistas) e conseqüente diminuição de custos. Baseia-se na idéia de que o atendimento de todos os membros da família proporciona uma visão mais abrangente ao profissional, bem como que a organização do trabalho proposta propicia maior sensibilização social dos profissionais e os induz a pensar mais contextualmente, resultando num estímulo ao trabalho em equipe e numa humanização das práticas.

Várias são as dúvidas sobre a utilização no programa de médicos generalistas/de família, principalmente nos grandes centros urbanos. Questiona-se se seriam eles os mais indicados para uma oferta de atenção de boa qualidade e alta resolubilidade, além de se ponderar que quase não há esses profissionais no mercado.

De acordo com a pesquisa Perfil dos Médicos no Brasil, realizada em 1995, havia apenas 2,6% de médicos especializados em medicina geral e comunitária, enquanto cerca de 33,2% do total dos médicos eram especializados nas grandes áreas (clínica, pediatria, ginecologia e obstetrícia) (MACHADO, 1996).

O Ministério da Saúde reconhece que há falta de médicos no mercado que se enquadrem no perfil preconizado e que a implantação do PSF requer “alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento e no desenvolvimento de habilidades e mudanças de atitudes”. Desse modo, propõe a formação dos profissionais em serviço, através de pólos de capacitação em Saúde da Família, financiados com recursos do REFORSUS (BRASIL, 1997).

Esses pólos são constituídos por instituições de ensino superior, articuladas entre si e com escolas de Saúde Pública, que se consorciavam ou fazem convênios com as secretarias estaduais e municipais de saúde. O Ministério da Saúde tem estimulado ainda a criação de cursos de especialização e residência em saúde da família.

Apesar dos esforços de formação levantam-se questões a respeito da suficiência da qualificação para a prática generalista através dos pólos de capacitação e, considerando-se a rapidez que tem ocorrido o processo de implantação do programa e a não existência desses profissionais formados no mercado, aponta-se o risco de oferta de uma atenção simplificada.

Estudo realizado por MACHADO (2000) sobre o Perfil dos Médicos e Enfermeiras do Programa de Saúde da Família no Brasil constata que apenas 36,7% dos médicos contratados pelo PSF haviam concluído algum programa de residência médica, média bastante baixa quando comparada à média nacional dos médicos, em torno de 75%. Dos médicos de família que tinham concluído residência médica, apenas cerca de 15% foi na área de medicina geral e comunitária, 20,5% em pediatria, 13% em medicina interna, 14% gineco/obstetria e 12,3% em cirurgia.

A insistência do Ministério da Saúde em utilizar o médico de família, apesar do pequeno número de profissionais com formação generalista e da existência de ampla estrutura de serviços organizada em torno das grandes áreas (pediatria, clínica e gineco/obstetria), é baseada em experiências internacionais bem-sucedidas em países como Inglaterra, Cuba e Canadá, e em algumas experiências nacionais que já empregavam esse profissional, tais como o Programa do Médico de Família de Niterói, de Murialdo e do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (VASCONCELOS, 1998; VIANNA e DAL POZ, 1998).

Historicamente, a figura do médico geral – general practioner, generalist ou generalista – tem se tornado uma tendência em muitos países, para procurar um equilíbrio diante do crescimento das especialidades e a necessidade de profissionais para responder às demandas básicas da população. A partir da década de 60, com os movimentos da Medicina Comunitária e Familiar, há um progressivo resgate do médico generalista, que se acentua com a estratégia da atenção primária, como o profissional capaz de, ao conhecer os hábitos, as tendências e histórias familiares de patologias, poder realizar um atendimento mais humanizado e também utilizar de forma mais racional as tecnologias e os serviços especializados (CHAVES, 1978).

Os médicos generalistas seriam uma alternativa para os “problemas” ou “desvios” decorrentes das práticas dominantes da medicina especializada e hospitalar, como, por exemplo, os elevados custos, o seu baixo impacto sobre os níveis gerais de saúde da população e sua crescente desumanização. Seriam então os profissionais capazes de realizar um movimento de síntese na busca da atenção integral perdida com a especialização, mostrando uma melhor relação custo/efetiva (JULIO, 1988; LUNA, 1994; HAQ et al., 1996).

As diferenças conceituais entre médico generalista, médico comunitário e médico de família são imprecisas. O médico generalista seria aquele que oferece assistência a pacientes de todas as idades e de ambos os sexos, sem maiores preocupações com as famílias ou comunidades. Médico geral e comunitário, para diversos autores, seria a expressão mais adequada para designar a prática médica voltada para propostas que enfatizem a comunidade e a considerem como importante para a solução de seus problemas, associado sempre a um trabalho desenvolvido em conjunto com equipes de saúde. O médico de família, por sua vez, que surge com o movimento da Medicina de Família, descrito anteriormente, teria uma atuação voltada para indivíduos ou núcleos familiares, sem considerar a comunidade como fator prioritário, exercida prioritariamente na forma de produtor individual. A atenção à família como filosofia seria sua característica principal. (BASTOS, 1978; BEVILACQUA, 1978; CEITLÍN, 1983; ABATH, 1985; KISSIL, 1986).

Atualmente, no entanto, existem médicos de família e generalistas inseridos em sistemas públicos e privados, desenvolvendo suas práticas predominantemente de forma liberal em consultórios privados ou em serviços de atenção primária, associados ou não a outros médicos das grandes especialidades e a uma equipe multiprofissional; com atribuições para atuar ou não em problemas de saúde pública (GRUMBACH e FRY, 1993; HAQ et al., 1996; SANCHES et al., 2001; FRANKLIN, 2002;).

Esses profissionais recebem variadas denominações: *general practioner* é adotada na Inglaterra, *family pshysician* no Canadá, *omniopracticien* na França. Porém apresentam em comum o fato de serem responsáveis pelo primeiro atendimento ao paciente e principalmente pela continuidade do cuidado, ainda que tenham de referi-lo a outros profissionais especializados, além de serem coordenadores da utilização dos demais níveis de atenção (AZEVEDO, 1988; SANCHES et al., 2001; FRANKLIN, 2002).

Uma diferença que tem sido ressaltada atualmente entre o generalista e o médico de família refere-se ao fato de este último ser um especialista formado em curso de pós-graduação de especialização ou residência (de dois a quatro anos) e com processo de educação continuada, o que lhe daria uma qualificação diferenciada em relação aos demais (HAQ et al., 1996; FRANKLIN, 2002).

Ocorre hoje um movimento de disputa sobre quais seriam os profissionais mais adequados para a atenção primária. No sistema de saúde de países desenvolvidos o tipo de médico incorporado na atenção primária é variável. Alguns, como a Inglaterra, utilizam apenas médicos generalistas ou médicos de família; outros utilizam médicos das grandes áreas (pediatra, clínica, ginecologia), também reconhecidas como especialidades de cuidado primário (FRANKS et al., 1997).

As características valorizadas no médico de atenção primária (generalista, de família, ou das grandes especialidades) têm sido a oferta de atenção integral aos problemas de saúde do paciente e ciclo de vida, respondendo à maior parte dos cuidados de saúde que a pessoa necessita, continuidade da atenção e uso racional dos demais serviços especializados (FRANKS et al., 1997).

Em relação aos sistemas utilizados como referência para as propostas do Programa de Saúde da Família, a inserção e as características de organização do trabalho dos médicos generalistas e de família são bastante diferenciadas.

Na Inglaterra, os médicos generalistas são utilizados pelo Estado desde 1912 como parte do sistema de atenção aos trabalhadores. A partir de 1948, com o Sistema Nacional de Saúde, ampliou-se a sua cobertura para toda a população. O médico generalista, denominado de *general practioner* (GP), se constitui na figura nuclear de um sistema público de cobertura universal, responsável pelo atendimento de pacientes inscritos na sua clínica, em geral moradores na sua área de atuação, e pelo acesso aos serviços especializados.

O atendimento é prestado na forma de consultas médicas individuais para pacientes inscritos de todas as faixas etárias e sexo, sem que se dê ênfase particular na atuação na família e sem relação direta com os serviços de saúde pública. A adesão dos pacientes aos GPs é voluntária, até o número de 2.000 pessoas. Estima-se que cerca de 90% dos atendimentos ocorrem no consultório e 10% em visitas domiciliares (HART, 1988).

HART (1988) ressalta, no entanto, que houve nesse país um forte investimento na formação de especialistas, sendo esses melhor remunerados e possuidores de maior valor social. Há uma separação rígida entre especialistas e não-especialistas, restando aos menos bem-sucedidos serem GPs. O autor ressalta ainda que a forma como se organizou esse sistema – com os GPs como contratantes independentes para o atendimento de pacientes inscritos na sua clínica e pagos pelos atos em si – levou a uma tendência de esses profissionais responderem apenas às demandas espontâneas, produzindo uma desresponsabilização pela saúde.

Um sistema mais organizado de atenção primária ocorre no final dos anos 60, com uma melhor remuneração dos GPs, investimentos em qualificação profissional e ênfase nos programas de saúde e no acompanhamento de forma rotineira dos pacientes. A partir de 1964 ficou permitido, através do código do médico generalista, formar parcerias e empregar pessoal como enfermeiros e visitantes domiciliares.

É relativamente recente a inserção dos médicos em equipes com outros profissionais de saúde, como parte das reformas do sistema inglês, que visam a racionalização dos gastos e uma maior efetividade na promoção e prevenção das doenças. Nas reformas dos últimos anos (da década de 90), os GPs adquiriram maior protagonismo no sistema, gerenciando orçamentos específicos para a sua clientela, atuando tanto como prestadores como compradores de serviços (GRUMBACH e FRY, 1993).

Os GPs recebem 50% do salário per capita, independentemente do volume de atendimentos, 30% do salário varia conforme experiência e regime de trabalho, e os demais 20% por serviços prestados e procedimentos. Atualmente esses profissionais passam por um treinamento específico para serem admitidos no sistema inglês e, periodicamente, são submetidos à avaliação para a renovação de sua licença e poder continuar a exercer suas atividades (GRUMBACH e FRY, 1993).

No Canadá, o médico de família se constitui em uma das peças fundamentais do sistema. Trabalha geralmente em clínicas organizadas por grupos de três ou quatro médicos, com a participação de outros profissionais, porém não necessariamente em equipes fixas. Apesar de se denominar médico de família, esse conceito não se fundamenta

em uma categoria essencial para a organização das práticas e nem mesmo para a fixação de pacientes individuais em um médico de referência. O profissional não se vincula a uma área de atuação, não é responsável necessariamente pelo acompanhamento das famílias e por ações de prevenção. Diferentemente do modelo inglês, outros especialistas também podem realizar atendimento primário, não sendo exclusivo do médico de família ser a porta de entrada para o sistema de saúde (McISAAC et al., 2001).

Em Cuba inicialmente a atenção primária ocorreu através dos policlínicos, com médicos das quatro especialidades básicas: ginecologia e obstetrícia, pediatria, clínica geral e estomatologia. Efetuou-se a partir de 1984 o modelo do médico de família, com equipes formadas por um médico e um enfermeiro ligados aos policlínicos, e responsável pelo atendimento de cerca de 120 a 150 famílias (cerca de 600 a 700 pessoas), com o objetivo de aumentar a capilaridade de um sistema de saúde já bastante estruturado e melhorar ainda mais os indicadores de saúde, dando-se continuidade a uma atenção à saúde já anteriormente considerada de excelente qualidade. O modelo é baseado no enfoque clínico, epidemiológico e social dos problemas de saúde (CABRERA e SHAINBLATT, 1991; RODRÍGUEZ et al., 1993).

Os médicos de família em Cuba moram e trabalham na comunidade que atendem. São responsáveis pelo acompanhamento sistemático de toda a população adscrita, pela oferta de atenção médica e de reabilitação, sendo uma de suas tarefas principais a vigilância à saúde. Suas funções englobam atividades de controle dos grupos de risco, ações de promoção e proteção à saúde, cobertura de ambientes de trabalho e educacionais (atendimento de saúde das empresas, instituições de ensino, creches e outras organizações da sua área) e uma atuação conjunta com os conselhos da comunidade (CABRERA e SHAINBLATT, 1991).

Concomitantemente à implantação dos médicos de família, os serviços de atenção secundária e hospitalar são descentralizados, os procedimentos diagnóstico-terapêuticos generalizados e o sistema de referência e contra-referência melhorado. As províncias se dividem em um complexo hospital-policlínico-médico de família que compartilha a responsabilidade pela prestação de serviços de saúde de uma população e pelo desenvolvimento de ações de prevenção e atividades educativas, constituindo uma unidade funcional integrada (RODRÍGUEZ et al., 1993).

O policlínico comporta serviços auxiliares de diagnóstico, pessoal técnico, de enfermagem, assistente social, psicólogo e os médicos das especialidades básicas (clínica, ginecologia, pediatria, psiquiatria) que acompanham diretamente o trabalho dos médicos de família e garantem o apoio técnico-científico e docente. Há uma linha de continuidade entre os médicos de família, policlínicos, centros hospitalares e institutos especializados, sendo os especialistas do hospital responsáveis pela retaguarda de alguns consultórios de médicos de família para atividades assistenciais, docentes e de investigação. O médico de família é bastante valorizado no sistema de saúde, recebendo o mesmo salário dos especialistas (RODRÍGUEZ et al., 1993).

Evidenciam-se, pois, histórias distintas e diferentes formas de inserção dos médicos generalistas e de família nos sistemas de saúde. O impacto desses profissionais nos custos e na assistência da população também depende do sistema de saúde em que atuam, da forma como estão organizados os serviços como um todo, do acesso da população aos demais níveis de atenção, das demais políticas sociais, entre outros aspectos. Fizemos essa breve apresentação para apontar algumas semelhanças, mas também diferenças, em relação ao programa nacional.

Ao analisarmos a proposta do Programa de Saúde da Família para o trabalho médico, identificamos que esta apresenta alguns arranjos tecnológicos que podem contribuir para alterar os padrões hegemonicamente encontrados nos serviços de atenção básica. Entre esses arranjos, destacam-se: a vinculação do médico a uma equipe com clara responsabilização para oferecer assistência e atuar na prevenção, períodos destinados a outras atividades além da consulta médica (grupo, visitas domiciliares), espaços coletivos para discussão e organização do trabalho e ainda instrumentos que possibilitam avaliar o trabalho.

Considerando as diversas polêmicas/dúvidas que cercam essa proposta, nos propusemos a realizar uma investigação em equipes da saúde da família de dois Projetos QUALIS no município de São Paulo, com o objetivo de analisar suas potências e seus limites para alterar o padrão de prática médica hegemonicamente encontrada nos serviços de atenção básica. Utilizamos para tal uma metodologia qualitativa. Apresentamos a seguir com mais detalhes os procedimentos empregados para a investigação.



Para se conhecer algo, há que dar-lhes a volta por completo.

Saramago

4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Toda investigação é comprometida e vincula interesses e visões de mundo historicamente construídos. Reflete certo ponto de vista a respeito da realidade e, dessa maneira, focaliza determinadas características dos fenômenos, projeta luz sobre alguns aspectos e oculta outros, hierarquizando-os, num caminho de ordenação da realidade, dos fatos e das relações, que representa ao mesmo tempo um caminho de criação, articulado com a prática social do pesquisador (MINAYO, 1993).

O pesquisador está implicado em todo o processo de conhecimento, desde a concepção do objeto, o recorte teórico até o resultado do trabalho. Como referem PASSOS e BENEVIDES (2000), sujeito e objeto do conhecimento se constituem ao mesmo tempo, no mesmo processo, sendo o momento da pesquisa um momento da produção teórica e sobretudo da produção do objeto e daquele que conhece. O pesquisador está incluído no campo que investiga e portanto é modificado e também modifica o objeto a ser estudado.

É grande o debate sobre a natureza e objetividade do conhecimento produzido quando se concebe a própria pesquisa como processo interativo do pesquisador com a realidade que vai ser estudada, não sendo portanto livre de valor. A subjetividade e o envolvimento do pesquisador, no entanto, são condições da pesquisa que, uma vez conhecidas, assumidas e analisadas, podem ter como fruto a tentativa de objetivação do conhecimento (DEZIN e LINCONN, 1994).

A explicitação das concepções teóricas do pesquisador, dos conceitos e pressupostos assumidos, dos objetivos do trabalho, das técnicas de coleta dos dados e das categorias de análise adotadas são importantes para essa objetivação, além da utilização de alguns cuidados metodológicos (MAYS e POPE, 2000; MINAYO, 1993; BECKER, 1994).

Têm sido particularmente indicadas na pesquisa qualitativa a utilização de múltiplas técnicas e a integração de diversos recursos metodológicos bem como a validação dos resultados encontrados junto aos sujeitos pesquisados, a fim de aumentar as evidências empíricas e assim conferir maior credibilidade aos achados (MAYS e POPE, 2000; BECKER, 1994).

Para apreender a complexidade inerente aos objetos que possuem múltiplas determinações, em que não podem ser bem demarcados os limites entre o objeto de estudo

e o contexto, tem sido indicado o estudo de caso (YIN, 1994).

Esse tipo de estudo busca revelar a multiplicidade de dimensões presentes em uma determinada situação através de informações de origens diversas e permite identificar na realidade concreta os elos entre os pressupostos concebidos de funcionamento e sua tradução nas práticas dos serviços (YIN, 1994).

Com o objetivo de aumentar a força das evidências empíricas, realizamos um estudo de casos múltiplos. Selecionamos serviços de dois projetos QUALIS de São Paulo que apresentavam equipes de saúde da família consolidadas, com boa adesão às propostas do programa, de maneira que o trabalho médico nessas equipes pudesse se expressar em sua “melhor potência”, permitindo, assim, explorar as questões envolvidas na sua realização.

Nos propusemos a conhecer a realidade objetiva e subjetiva do trabalho médico nas equipes de saúde da família, procurando captar se a organização proposta se traduzia numa nova forma de esses profissionais operarem a atenção à saúde, no que diz respeito à abordagem dos problemas de saúde e à interação com o paciente e com os demais profissionais da equipe, e também no que se refere ao envolvimento e responsabilização pelo trabalho.

Procuramos caracterizar o modo como vem se operacionalizando o trabalho nas equipes de saúde da família, identificando as diretrizes e concepções que o orientam, analisando os processos microdecisórios no cotidiano desse trabalho, as relações que se estabelecem entre os trabalhadores e destes com o usuário (MERHY, 1997c; FRANCO e MERHY, 1999b).

Do médico em particular, buscamos caracterizar a sua inserção nas equipes de saúde, de que forma se articula e integra com os demais trabalhos para intervir nos problemas individuais e coletivos, e como vem se realizando a sua prática clínica/cuidadora, procurando identificar como se expressam nos processos interativos o acolhimento, a escuta, o vínculo, a responsabilização e a atenção integral.

Consideramos que o processo de investigação deve servir também como um dispositivo de reavaliação do trabalho e contribuir para a capacitação e desenvolvimento

dos envolvidos na produção dos serviços, não sendo dessa forma os trabalhadores tomados como um simples objeto de avaliação, mas como uma importante fonte de conhecimento e mudança (CAMPOS, 2000; FURTADO, 2001).

Optamos por uma metodologia que possibilitasse simultaneamente aprofundar o conhecimento sobre o objeto em estudo e contribuir para aumentar a capacidade de análise das equipes estudadas através da apropriação de seu fazer cotidiano.

Assim, privilegiamos os espaços coletivos para a coleta de dados e também, após uma primeira análise do material obtido, retornamos ao campo para a reflexão conjunta com as equipes das questões encontradas na pesquisa, com o objetivo tanto de refinar e validar nossos resultados quanto de iluminar possíveis aspectos do trabalho não percebidos pelos diversos profissionais, que determinam a produção do cuidado, procurando, dessa forma, contribuir para avaliações do sentido desse trabalho.

O método de investigação, que será exposto de certa forma em passos seqüenciados, representa apenas parcialmente o movimento de idas e vindas e o processo interativo que ocorreu durante o percurso da pesquisa, tal a sua riqueza e complexidade.

4.1. A SELEÇÃO DA AMOSTRA

O trabalho de campo se iniciou com a apresentação da proposta de pesquisa à coordenação central do Projeto QUALIS de São Paulo em fevereiro de 2000. Optamos por realizar o estudo em unidades de dois projetos que apresentavam diferentes histórias institucionais de implantação do programa: o QUALIS Santa Marcelina e o QUALIS Fundação Zerbini.

O QUALIS Santa Marcelina foi implantado em abril de 1996, no distrito de Itaquera e Guaianazes, zona Leste da cidade de São Paulo, onde já existia uma experiência anterior com consultórios de médico de família. No momento de início desta pesquisa contava com 15 unidades e 50 equipes de saúde da família, cada uma responsável pelo atendimento de cerca de 1.000 famílias.

O QUALIS Fundação Zerbini foi implantado a partir do final de 1997, no

distrito de Vila Nova Cachoeirinha, zona Norte da cidade, e nos distritos do Parque São Lucas e Sapopemba, na região Sudeste, totalizando 55 equipes de saúde da família, cada uma responsável pelo atendimento de cerca de 1.200 famílias.

Além das diferenças no número de famílias sob responsabilidade de cada equipe, esses projetos apresentavam diferentes histórias de organização do trabalho nas suas unidades e no que se refere à incorporação de equipes de saúde bucal, de saúde mental, de reabilitação, de atividades de acolhimento, integração com outros níveis de atenção, entre outras.

A aceitação mais rápida da proposta de pesquisa pela direção do QUALIS da Fundação Zerbini fez com que iniciássemos o trabalho de campo por esse projeto. Optamos, por facilidade de acesso da pesquisadora, por realizar o estudo na região Sudeste - Distrito de Parque São Lucas e Sapopemba.

Com a ajuda da coordenação dessa região, selecionamos cinco unidades que apresentavam equipes estabilizadas havia pelo menos um ano e boa adesão à proposta do programa. Visitamos cada uma dessas unidades com o objetivo de apresentar nossa proposta de investigação e conhecer melhor a realidade local e as características de suas equipes, de modo a poder refinar a nossa seleção.

Entrevistamos os gerentes de cada uma dessas unidades e apresentamos o nosso projeto de pesquisa (os objetivos e a metodologia), para que discutissem e avaliassem com suas equipes a disponibilidade de participarem do estudo. Consideramos esse contato inicial importante para nossa inserção no campo, uma vez que em alguns desses serviços já haviam sido realizadas outras pesquisas, muitas sem retorno dos resultados, e algumas equipes, na opinião dos gerentes centrais, demonstravam certa resistência a novos estudos.

Com as informações obtidas nessa primeira aproximação do campo selecionamos duas unidades que revelavam diferenças em relação à origem institucional e às características de suas populações. Uma, com três equipes de saúde da família, era uma antiga unidade de saúde do Estado, localizada num bairro cuja população, comparada com a das demais unidades de Sapopemba, apresentava melhores condições de moradia e de renda. A outra, com quatro equipes de saúde da família, havia sido construída pelo QUALIS Fundação Zerbini num bairro de ocupação recente, com uma população

extremamente carente e com pouco acesso aos recursos de saúde.

Em decorrência de uma mudança da direção central do QUALIS Fundação Zerbini, o trabalho de campo teve que ser interrompido e a proposta de pesquisa reapresentada para análise e aprovação da nova equipe dirigente. A investigação junto às unidades selecionadas só foi efetivamente iniciada em 31/07/2000.

O processo para a seleção das unidades do QUALIS Santa Marcelina foi o mesmo. Após uma seleção inicial de quatro unidades, escolhemos para a realização da pesquisa uma antiga unidade de saúde do Estado, com três equipes de saúde da família, localizada em um bairro com população de nível socioeconômico melhor em comparação com a das demais unidades desse projeto; e outra, implantada pelo QUALIS Santa Marcelina, localizada numa região com uma importante parcela de população carente.

A idéia inicial era selecionar em cada unidade duas equipes, consolidadas fazia pelo menos um ano, que apresentassem, segundo o gerente local, diferentes características em relação ao atendimento prestado à população e na sua organização interna. Somente na primeira unidade investigamos de forma completa o trabalho de duas equipes. Nas demais, nos pareceu suficiente o acompanhamento completo de uma das equipes, realizando, na outra, apenas o acompanhamento do trabalho do médico, totalizando cinco equipes estudadas e sete médicos.

Pudemos constatar, já nesses momentos iniciais da investigação, ser o trabalho médico uma questão central para a efetivação do programa, havendo grandes dificuldades, segundo os gerentes, para a fixação desses profissionais nas equipes. Havia então um número limitado de equipes onde, havia mais de um ano, o médico permanecia o mesmo e mostrava um perfil considerado adequado à proposta.

O projeto de pesquisa, previamente aprovado pela Comissão de Ética e Pesquisa da Universidade e dos serviços, foi apresentado e discutido com mais detalhes com as equipes selecionadas, explicitando-se as motivações do estudo, o nosso compromisso e a metodologia a ser utilizada. Vale ressaltar que todas concordaram em participar do estudo, não havendo nenhuma recusa.

4.2. O CONTATO COM AS EQUIPES

O início efetivo da investigação junto às equipes, apesar dos cuidados que precederam a nossa inserção, foi acompanhado de um certo “estranhamento”. A presença de um investigador suscita fantasias, receios, sendo natural algum incômodo inicial dos profissionais em expor o seu modo de trabalhar, o que, com o tempo e conhecimento mútuo, tende a se dissipar (FURTADO, 2000; BECKER, 1994).

Particularmente na primeira equipe estudada essa resistência inicial foi sentida de forma intensa, só atenuada após algum tempo, quando os profissionais puderam explicitar sua desconfiança em relação à utilização das informações coletadas. Tal desconfiança decorria do fato de que os resultados de uma pesquisa anterior retornaram para a equipe na forma de repreensão, por parte dos gerentes de nível central e local, pela prática de procedimentos considerados “inadequados”.

A postura mais próxima do pesquisador, compartilhando algumas reflexões, diferenciou-o, na opinião dos profissionais, dos pesquisadores anteriores, o que os estimulou a apresentar suas dúvidas e medos. Constatamos que havia um forte receio, principalmente dos profissionais não-universitários, de serem demitidos caso os resultados da pesquisa apontassem problemas na implementação do programa.

A reafirmação dos objetivos do estudo - enfatizando o fato de não se tratar de uma avaliação encomendada pelos dirigentes centrais, de manter o compromisso de discutir as questões levantadas pela pesquisa com a equipe, assim como garantir que a apresentação dos resultados para “fora” seria feita de forma a não permitir a identificação dos profissionais - foi fundamental para criar um clima favorável ao aprofundamento da investigação. Em decorrência dessa experiência, já no início da pesquisa com as outras equipes essas questões foram explicitadas e discutidas, facilitando a nossa aproximação.

Depois desse período inicial, ocorreu um grande entrosamento e proximidade com os profissionais dessa equipe. Muitas vezes fomos solicitados a emitir opiniões sobre casos clínicos, a discutir propostas de organização do trabalho, a dar sugestões etc.. Por outro lado, em decorrência dessa proximidade, passamos a sentir certa dificuldade em manter algum distanciamento e tivemos a impressão, nesse momento, de que seria muito difícil “olhar” e analisar o material empírico.

Conseguimos compreender que essa impressão inicial estava relacionada, entre outras coisas, à dificuldade em apontar problemas e limites (já possíveis de se identificar nesse momento), dada a percepção do grande esforço dos profissionais “em acertar”, em fazer “o melhor possível” no seu trabalho. Estávamos associando uma análise crítica com uma possível desvalorização desse esforço, uma “desqualificação” desse trabalho, indicando assim nossa identificação com o “objeto”.

Ao contrário da visão que valoriza a imparcialidade, o uso cuidadoso de uma linguagem precisa e o controle rígido de atitudes corporais e fisionômicas do pesquisador, seu envolvimento não é tomado aqui como comprometedor da objetividade, mas como condição *sine qua non* para o êxito da pesquisa, como um dos eixos de produção do saber (MINAYO, 1993).

Como refere Minayo, “(...) os sujeitos de investigação, primeiramente, são construídos teoricamente enquanto componentes do objeto de estudo. No campo, fazem parte de uma relação de intersubjetividade, de interação social com o pesquisador, (...) e esse encontro entre duas subjetividades (...) é, ao mesmo tempo, rico, problemático e conflitivo” (MINAYO, 1993:124).

Concordamos com SOUZA, E. (2001) ao descrever o encontro do pesquisador com o objeto de estudo no trabalho de campo como uma experiência de habitar uma ilha desconhecida, onde o roteiro inicial é apenas um referencial. Sujeito e objeto vão se modificando pelas inter-relações que ocorrem nesse encontro, a partir do qual podemos focalizar um outro olhar:

O seu roteiro é apenas um referencial na pretensa busca de dominar o objeto que se propõe conhecer, estudar, revelar segredos, colocar no foco de seu olhar teórico (...) em algum momento já não sabemos o que ou quem é “o objeto”, tamanho se dá a proximidade, a interferência. E, certamente, é desta interferência que focalizamos um outro olhar, não porque nos distanciamos, mas porque nos envolvemos, nos modificamos, nos desorganizamos, porque reconhecemos em nós aquilo que estava no outro e que não era nós, mas que produziu em nós algo diferente, que nos deslocou, que nos alterou, que alterou a nossa experiência (...) (SOUZA, E. 2001:18).

No encontro com as equipes ocorreu um deslocamento das nossas impressões prévias, dos nossos conceitos iniciais. Imaginávamos um quadro bastante diferente do encontrado, com “muitos problemas” na organização e no trabalho das equipes, mas muitas ações interessantes estavam sendo produzidas e havia um grande envolvimento dos profissionais com a proposta de trabalho, o que era particularmente importante para nosso estudo. A investigação foi experimentada de forma diferenciada em cada equipe, provocando novas impressões, novas identificações, que demandaram novas reflexões e análises.

4.3. OS INSTRUMENTOS

Utilizamos diferentes instrumentos para a coleta de dados: análise de documentos e relatórios existentes, grupos de discussão temática, fluxograma descritor, entrevistas individuais e observação de diversos momentos assistenciais e de consultas médicas. A abordagem metodológica que adotamos vem sendo empregada em estudos qualitativos sobre o trabalho em saúde e possibilita a constituição de um rico material para aproximações dessa natureza (CASTANHEIRA et al., 2000; CASTANHEIRA, 2002).

Em cada equipe o primeiro passo foi entender as suas normas de funcionamento, as atividades desenvolvidas, os instrumentos de registro e de avaliação do trabalho, a divisão de funções entre os diversos profissionais, e também a sua relação com as demais equipes e com os serviços de outros níveis de atenção. Essas informações foram obtidas inicialmente através de conversas com o gerente local e com a equipe reunida, depois complementadas pela análise dos documentos e protocolos existentes e pelos dados adquiridos com os demais instrumentos.

A observação dos diversos momentos assistenciais e da organização do trabalho (reuniões de equipe) permitiu notar processos operativos não conscientes, captar de maneira abrangente os momentos de interação, as contradições, os dinamismos e as relações que se estabelecem (TRIVIÑOS, 1988) - enfim, o trabalho vivo que se realiza em ato (MERHY, 1997b).

Observamos a recepção, as atividades de triagem e acolhimento onde existiam, com o objetivo de captar os aspectos valorizados pelos profissionais para identificar as necessidades do paciente e ver como ocorria o acesso à assistência. Acompanhamos também as atividades de atendimento feitas pelos diversos profissionais da equipe: consulta de enfermagem, atendimento domiciliar, grupo, visitas de orientações, buscando entender a relação dessas atividades com o trabalho realizado pelo médico.

Dos médicos, observamos as suas diversas atividades assistenciais – consulta individual, atividade de grupo, visita domiciliar –, procurando anotar num caderno de campo, da forma mais completa possível, todas as ações realizadas, os diálogos, bem como as nossas impressões sobre as atitudes do profissional em relação ao paciente, a disponibilidade para a escuta, para a aproximação do seu universo cultural, a afetividade. Também mereceu destaque nas observações a atitude em relação aos demais profissionais quando em atividades conjuntas.

As observações foram precedidas de uma solicitação de consentimento prévio para os pacientes. Todas foram realizadas pela pesquisadora, também médica, o que facilitou o acesso às consultas, e garantiu uma uniformidade na coleta dos dados. Se no início do período de observação percebia-se certa preocupação com a nossa presença e uma tentativa de explicar o caso e as condutas tomadas, com o tempo e a pressão da demanda isso se diluía transcorrendo o atendimento com maior naturalidade.

Como apontado por MENDES-GONÇALVES (1994), possíveis interferências da presença do pesquisador na consulta podem ocorrer no sentido da realização de um “melhor padrão” possível, que explicita ao mesmo tempo as concepções do profissional sobre o objeto de trabalho e as suas finalidades, favorável portanto à investigação pretendida. Após o término de cada período de observação, procuramos anotar as nossas reflexões e impressões pessoais.

O número de consultas observadas de cada médico variou, sendo considerado suficiente quando permitiu a identificação da repetição de um certo padrão na sua realização. No total foram observadas 143 consultas médicas individuais (22 a 35 por profissional) e pelo menos um período das suas demais atividades.

Realizamos ainda entrevistas individuais semi-estruturadas com os médicos e

também com enfermeiros das equipes, que se responsabilizavam por parte significativa da assistência. Optamos por um roteiro em que as intervenções se faziam no sentido de abrir o campo de explanação do entrevistado, com o objetivo de apreender o seu sistema de valores e normas e atingir níveis mais profundos e reveladores dos significados do objeto de investigação (TRIVIÑOS, 1988; MINAYO, 1993).

O roteiro das entrevistas partia de questões gerais de identificação do profissional, com dados sobre sua formação, especialização, outros locais de trabalho e de como entrou no projeto, depois passava a uma descrição das suas atividades, atribuições e responsabilidades, e da relação de seu trabalho com o dos demais profissionais, para, em seguida, entrar em questões opinativas e valorativas.

Buscávamos então estimular a reflexão sobre o trabalho nas equipes de saúde da família. O entrevistado era incentivado a discorrer sobre a problemática envolvida para implementar as diretrizes propostas pelo programa – atenção integral, atuação junto às famílias, intervenção nos determinantes do processo saúde/doença –, avaliando as necessidades de mudanças. Solicitávamos a comparação com outras experiências de trabalho em unidades básicas, quanto à intervenção nos problemas de saúde e à satisfação/insatisfação com o trabalho.

Dos médicos tomamos depoimentos em maior profundidade, estimulando-se a reflexão sobre as dificuldades e os pontos positivos do trabalho como generalista e sobre o atendimento realizado, sua adequação para a resolução da demanda, o vínculo, a responsabilização e a elaboração do projeto terapêutico. Como estratégia para facilitar a exposição, pedíamos o relato de casos em que o profissional sentia dificuldades de resolver e daqueles que considerava bem solucionados. As entrevistas com os médicos, no total de sete, duraram cerca de duas horas cada uma, sendo gravadas e posteriormente transcritas pela própria pesquisadora.

Realizamos também grupos de discussão com os agentes comunitários de saúde em conjunto com os auxiliares de enfermagem, abordando os seguintes eixos temáticos: o trabalho no projeto QUALIS; a problemática envolvida para operacionalizar e atender às diretrizes do projeto; a atuação em equipe e o trabalho do médico nesse projeto.

Optamos por realizar grupos em separado com esses profissionais, com o

objetivo de facilitar a expressão de suas opiniões principalmente quanto ao trabalho do médico, uma vez que a presença dos profissionais de nível universitário poderia, pelas relações de poder existentes, ser um fator de inibição. As reuniões duraram de duas a três horas cada uma e o registro ocorreu através de gravação em áudio, anotações em caderno de campo e também através de tarjetas e cartazes. Essa estratégia se mostrou interessante, produzindo uma grande quantidade de informações.

Acompanhamos também as reuniões de equipe e os momentos de discussão de casos. Esses mostraram-se particularmente ricos para compreendermos a articulação e integração entre os saberes e práticas dos diversos profissionais. A identificação das questões e dos casos tomados como problemas, a maneira de processá-los e enfrentá-los se constituíram em importantes fontes sobre o modo de operar dessas equipes.

Construímos ainda, com cada equipe, um fluxograma descritor, com o objetivo de entender o caminho que o usuário percorria dentro da unidade para chegar ao atendimento médico. Trata-se de uma representação gráfica das etapas do processo assistencial, que auxilia a detalhar os processos decisórios que ocorrem no trabalho cotidiano, o modo como os trabalhadores, operam os serviços, os interesses e os referenciais que orientam suas decisões. Construído e analisado em conjunto com os trabalhadores permite que estes se apropriem de seu fazer cotidiano (FRANCO e MERHY, 1999b).

Na última equipe, devido à percepção de uma certa suficiência do material coletado para os objetivos do estudo, restringimo-nos a acompanhar parte das atividades e o trabalho do médico. A suficiência seguiu o critério da “exaustão” ou “saturação”, segundo o qual verifica-se a formação de um todo e reconhece-se a reconstituição do objeto no conjunto do material (SCHRAIBER, 1995).

Durante todo o período de coleta de dados, no acompanhamento das atividades, fomos levantando algumas questões para a equipe (ou para os profissionais individualmente) que chamavam nossa atenção, que causavam algum estranhamento (por referência às diretrizes do programa e também à atenção e ao cuidado produzido em relação ao paciente) e pediam uma reflexão conjunta. Apesar de esse processo ter ocorrido em todas as equipes, a intensidade e a forma de realizá-lo (mais individualmente ou

coletivamente) variaram segundo a interação conseguida, a disponibilidade e a abertura das equipes e dos profissionais.

O trabalho de campo produziu grande quantidade de material e permitiu através dos diversos instrumentos obter uma visão global do funcionamento das unidades, do processo de trabalho das equipes de saúde da família, particularmente do trabalho médico.

A análise do material coletado ocorreu em duas fases. Na primeira fase, a análise foi centrada na organização geral do trabalho em cada equipe. Retornamos então ao campo para apresentar e discutir com cada uma delas a análise realizada. As discussões acrescentaram outras informações que enriqueceram o material empírico. Depois, na segunda fase, o material de todas as equipes foi agrupado para uma análise em conjunto do trabalho médico nas equipes de saúde da família.

4.4. OS PROCEDIMENTOS PARA A ANÁLISE

A primeira fase da análise

A análise do material coletado ocorreu em diversos planos. Cada entrevista, grupo e observação teve uma análise interna. Os relatos transcritos e os registros foram lidos e relidos várias vezes, buscando-se a “impregnação” do material, de maneira a possibilitar uma apreensão da totalidade do seu conteúdo, para posterior fragmentação em grupos temáticos, à luz do nosso referencial teórico.

Na análise de cada material, sobretudo das observações, foram consideradas também as anotações realizadas após cada atividade, as percepções de mobilizações afetivas, dificuldades e resistências em abordar determinados temas e, principalmente, os “estranhamentos” e os sentimentos provocados no pesquisador.

Após essa análise interna, procedeu-se, para cada equipe, a uma triangulação dos dados com o cruzamento das informações dos diversos atores e dos diferentes instrumentos de coleta, com o objetivo de, através de diferentes olhares, aumentar a acuidade, a compreensão do objeto de estudo (TRIVINÓS, 1990; MILES e HUBERMAN, 1995; MAYS e POPE, 2000).

Procurou-se identificar os aspectos recorrentes e contraditórios que surgiram no

conjunto dos instrumentos de coleta e o significado que adquiriam. Fez-se a caracterização das ações e atividades de cada profissional, buscando-se perceber a articulação e a integração existente entre elas para responder às diretrizes do programa e a problemática objetiva e subjetiva envolvida na realização do trabalho. Nesse último aspecto, emergiu com grande destaque o tema da sobrecarga e desgaste dos profissionais. O material de cada equipe foi então agrupado nos seguintes núcleos temáticos:

1. Situação da equipe no contexto geral: a relação entre as equipes do PSF e destas com os demais serviços de saúde;
2. Organização do processo de trabalho em relação às diretrizes de: oferta de atenção integral (aspectos curativos e preventivos) à população sob responsabilidade da equipe, acolhimento e abordagem familiar;
3. Trabalho em equipe: divisão e articulação do trabalho entre os diversos profissionais nas ações individuais e coletivas e sua problemática; a inserção do médico na equipe;
4. Acesso ao atendimento médico;
5. Satisfação/envolvimento e sobrecarga/desgaste com o trabalho.

No período de julho a dezembro de 2001, retornamos ao campo para apresentar nossa primeira análise a cada equipe investigada com o objetivo tanto de validar a análise realizada como, através das novas reflexões desencadeadas, aprofundar o nosso conhecimento e o da equipe sobre o seu processo de trabalho, o seu fazer cotidiano.

Iniciamos a discussão em cada equipe reapresentando o fluxograma descritor acrescido de algumas modificações e dúvidas surgidas com as informações obtidas através dos demais instrumentos, e depois, a análise realizada, mostrando os consensos, as divergências, os diferentes pontos de vista. Essas discussões, registradas em áudio e em caderno de campo, foram bastante interessantes, pois possibilitaram corrigir algumas informações, confirmar outras e, principalmente, acrescentar novas reflexões às questões sobre as quais existiam diferentes concepções. É importante destacar que nessas discussões os aspectos que se referiam à dimensão interna do trabalho médico não foram abordados.

Observamos nesse retorno que todas as equipes apresentavam movimentos de

mudanças e, em pelo menos duas delas, haviam ocorrido alterações na organização do acesso e do acolhimento dos pacientes, decorrentes, segundo os profissionais, das reflexões que foram desencadeadas durante o processo de investigação.

O material produzido nesses novos encontros foi acrescentado à análise para a caracterização final da organização do processo de trabalho de cada equipe e de sua problemática.

A segunda fase da análise

Para os objetivos deste estudo, procedemos à análise do trabalho médico no conjunto do material de todas as equipes, buscando, através das repetições e das diferenças, captar quais as práticas de atenção que estavam sendo produzidas por essa proposta de organização.

A abordagem do paciente foi considerada como um marcador importante de mudança da produção de atos médicos. O trabalho médico foi então analisado por referência: ao acesso; à sua organização e inserção nas equipes de saúde para a oferta de ações coletivas e de assistência e à prática clínica como campo intersubjetivo.

A análise das consultas não teve como objetivo fazer uma avaliação da qualidade do trabalho médico no sentido de uma melhor ou pior execução técnica desse trabalho em comparação a um padrão considerado ótimo, mas sim captar o padrão de abordagem desse profissional, no que se refere à amplitude dos aspectos considerados no processo diagnóstico-terapêutico, ao vínculo e à responsabilização pelo paciente.

Nesse sentido, procuramos identificar se, no processo diagnóstico-terapêutico, outras dimensões (psicológica, social, simbólica), além da dimensão biológica, eram consideradas pelo profissional; se ele incorporava aspectos preventivos (individuais e coletivos) na elaboração do projeto terapêutico do paciente bem como se demonstrava vinculação e responsabilização pelo acompanhamento do mesmo. Instrumentalizaram o nosso olhar, na análise das consultas, os seguintes aspectos:

- 1- Escuta: como e sobre o que o paciente é estimulado a falar? Há espaço para que o paciente expresse suas dúvidas, seus sentimentos e suas dificuldades em relação à doença e ao tratamento? Há espaço para que o paciente fale

sobre o seu momento de vida, sua situação familiar e sobre as questões que o preocupam?

- 2- As orientações e a elaboração do projeto terapêutico: como e sobre o que o profissional informa o paciente? Utiliza para isso linguagem acessível? Considera a realidade de vida do paciente nas suas prescrições? Considera os sentimentos e os significados que o paciente atribui à doença e ao tratamento? As intervenções levam em consideração a família e o social? São incorporados aspectos de prevenção na consulta? O médico busca contribuir para aumentar a autonomia do paciente?
- 3- A responsabilização e o vínculo: O médico se caracteriza como profissional de referência para o paciente? E para a família? Assume a responsabilidade pelo seguimento e restabelecimento do paciente? Assume o atendimento das intercorrências? Responsabiliza-se por um plano de cuidados mais amplos ou se restringe a atuar no motivo que levou o paciente à procura da atenção? Assume a articulação, quando necessária, do atendimento de outros profissionais e especialistas?

As consultas de cada médico foram analisadas em relação aos aspectos acima, permitindo-nos identificar as características predominantes da abordagem clínica realizada por cada profissional. Consideramos para a análise apenas as consultas de rotina, uma vez que as consultas eventuais, evidentemente, dirigiam-se ao atendimento específico da queixa. No entanto, devemos ressaltar que as características predominantes da abordagem de cada profissional também se expressavam nessas consultas.

Procedemos então a uma análise comparativa entre os profissionais, sendo possível aglutiná-los em dois grupos que expressavam diferentes padrões de abordagem, de vínculo e responsabilização pelo paciente, depois analisados à luz de nosso referencial teórico.

Apesar de não ser nosso objetivo a avaliação da melhor ou pior adequação técnica desses profissionais, percebemos que a cada padrão de abordagem encontrado se associavam também diferenças em relação à execução de procedimentos, como a anamnese e o exame clínico, bem como diferenças na utilização de parâmetros considerados básicos

para o acompanhamento de rotina dos grupos populacionais prioritários para atenção (peso, medida de PA, avaliação do crescimento e desenvolvimento em crianças, entre outros). Como essas questões nos pareceram também indicativas de um maior ou menor compromisso pelo cuidado do paciente, resolvemos acrescentá-las na caracterização dos padrões profissionais.

Além desses aspectos, o trabalho médico também foi analisado em relação ao tema de ser médico de família nas ESFs, em que o envolvimento, satisfação/insatisfação e o desgaste com o trabalho se apresentaram com categorias importantes de análise, bem como o sentir-se adequadamente qualificado para responder às diversas demandas e atribuições.

É importante ressaltar que esta investigação retrata a situação encontrada até dezembro de 2001, e a apresentação dos resultados recorta e enfatiza determinados aspectos, não retratando, obviamente, a riqueza do material coletado, o qual permitiria outros “olhares” e possibilidades de recortes.

Na apresentação dos resultados, os trechos selecionados foram os que pareceram mais representativos da dimensão abordada. Algumas vezes optamos por apresentar falas de sentido semelhante, por considerar importante ressaltar as evidências; em outras, editamos as falas, aproximando as que tratavam do mesmo assunto ou cortando as que abordavam mais de uma dimensão simultaneamente.

As questões referentes ao trabalho médico nas equipes de saúde da família encontradas nesta investigação não deixam de ser indicativas das existentes em outros contextos. Apesar de reproduzirem, de forma particular, as condições do modo de produção dos serviços locais, são decorrentes também de um conjunto de determinações estruturais maiores.

A seguir, apresentamos os projetos QUALIS com uma breve caracterização do contexto de sua implantação e, de forma mais detalhada, a caracterização das unidades e equipes selecionadas. As unidades não serão designadas para não permitir identificação das equipes estudadas.



5. OS PROJETOS QUALIS

A implantação do programa de saúde da família no município de São Paulo, a partir de 1996, assumiu características especiais, ocorrendo através de convênios entre a Secretaria Estadual de Saúde, o Ministério da Saúde e entidades filantrópicas, ligadas à prestação de serviços na área da saúde - Fundações ou Organizações Sociais¹.

A participação, naquele momento, apenas da Secretaria Estadual de Saúde (SES) era decorrente do fato de ser inviável a implantação do programa sob o comando do município, devido a sua opção de gerir os serviços de saúde distanciado das diretrizes do SUS. O município havia implantado, desde 1995, o Plano de Assistência à Saúde (PAS), com a privatização de seus serviços para cooperativas médicas e, por não cumprir suas atribuições e competências legais previstas na Constituição e na Lei Orgânica da Saúde, não estava habilitado em nenhuma modalidade de gestão da NOB-93, deixando de receber o repasse do Ministério da Saúde e de efetivar a municipalização dos serviços de saúde. Coexistiam na cidade uma rede de serviços estaduais de porte considerável, com cerca de 200 unidades básicas, e uma outra municipal, também com cerca de 190 unidades básicas, funcionando com modelos assistenciais distintos e desarticulados entre si.

A justificativa das parcerias partia também de uma avaliação dos dirigentes da SES de que as Organizações Sociais e as Fundações garantiriam maior agilidade administrativa e gerencial ao programa (SANTOS, 2001). Nesses projetos, totalmente financiados com recursos do SUS, cabia às instituições parceiras a responsabilidade pelo gerenciamento dos recursos repassados (patrimônio, material de consumo, contratação de pessoal) e a operacionalização das equipes do PSF (SÃO PAULO, 1995; ZERBINI, 1997).

O primeiro projeto de saúde da família, depois denominado Projeto QUALIS (Qualidade Integral à Saúde), foi implantado no início do ano de 1996, em nove unidades, localizadas na zona Leste da cidade de São Paulo, através do convênio entre a Secretaria Estadual de Saúde, o Ministério da Saúde (MS) e a Casa de Saúde Santa Marcelina (CSSM), compreendendo os distritos da Penha, Vila Formosa, Itaquera, Itaim Paulista e Guaianases (SÃO PAULO, 1995).

¹ A partir de 2000, a SES/SP implanta em algumas regiões o PSF sob a gestão direta da Secretaria Estadual de Saúde.

Trata-se de uma região de alta densidade demográfica, com grandes problemas sociais e de acesso aos recursos públicos. De acordo com o documento que apresenta as diretrizes dessa parceria, havia na região uma pressão dos movimentos populares para ativar as diversas unidades da Secretaria Estadual de Saúde, que estavam esvaziadas por falta de profissionais, em virtude dos baixos salários e do difícil acesso (SÃO PAULO, 1995).

Além disso, já existia uma experiência prévia de parceria entre a SES-SP e a Casa de Saúde Santa Marcelina desde 1989, com a implantação do Programa de Consultórios de Médico de Família, cuja proposta de trabalho seguia o modelo cubano, com um médico de família responsável por 400 famílias trabalhando com um auxiliar de enfermagem e residindo na área de sua atuação. Essa experiência estava sendo encerrada pela SES/SP, em função da dificuldade de fixar os médicos, mas havia, naquele momento, uma articulação com os profissionais que restavam (sete dos dezessete consultórios de médicos de família implantados), para a sua manutenção. A avaliação dessa experiência como satisfatória pela SES/SP contribuiu para ser firmado um novo convênio a fim de se implantar o programa de saúde da família nos moldes propostos pelo Ministério da Saúde (SÃO PAULO, 1995).

O objetivo geral desse convênio era adaptar as unidades básicas de saúde para desenvolver um modelo assistencial em que a família seria o núcleo básico da abordagem. As diretrizes que o orientavam eram assim expressas: oferecer atenção integral, contínua e de boa qualidade nas áreas básicas de saúde à população adscrita, seja no nível domiciliar ou ambulatorial; atender preferencialmente através de agendamento, obedecendo-se às normas dos programas de saúde existentes; racionalizar o acesso e o fluxo do sistema de saúde desde o nível de atenção primária até o quaternário; identificar fatores de risco aos quais a população está exposta e prevenir as doenças; incentivar a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social, promovendo-se o conceito de saúde como um direito de cidadania e como qualidade de vida; divulgar os dados e informações sobre os fatores determinantes das doenças; humanizar o atendimento e garantir aos profissionais supervisão e educação continuada, cursos de capacitação e treinamento (SÃO PAULO, 1995).

A Casa de Saúde Santa Marcelina, uma instituição filantrópica que realiza atividades de saúde na região de Itaquera desde 1961, era responsável por um hospital terciário de 700 leitos, um pronto-socorro e um ambulatório de especialidades de alta complexidade, com atividades de ensino para pessoal de enfermagem e para médicos, com várias residências médicas, inclusive na área de Medicina Geral e Comunitária. Além de oferecer retaguarda às equipes de saúde de família para o atendimento dos casos mais complexos, essa instituição ficou responsável por selecionar, contratar e desenvolver programas de educação continuada para a formação e capacitação de todos os profissionais dessas equipes, bem como gerenciar e manter as unidades sob sua subordinação.

O projeto nessa região, num primeiro momento, foi implantado em seis unidades da SES e em três núcleos comunitários gerenciados pela CSSM, algumas dessas unidades anteriormente destinadas ao Projeto Consultório Médico de Família. Apesar de no documento inicial o convênio prever que a SES/SP indicaria o coordenador-geral do projeto e ficaria responsável pela gerência de suas unidades, com o tempo a sua atuação ficou restrita ao repasse financeiro para a CSSM, que se responsabilizou pela coordenação e pelo gerenciamento de todas as unidades de saúde do projeto.

As equipes foram inicialmente constituídas por um médico de 40 horas, um auxiliar de enfermagem de 30 horas, quatro agentes comunitários de saúde de 40 horas e, para cada duas ou três equipes, um enfermeiro de 30 horas. Alguns médicos do antigo projeto médico de família se incorporaram a essas equipes, desempenhando ainda funções de formuladores e coordenadores da nova estratégia.

No início do programa, não havia adscrição dos profissionais a cada equipe. Somente após um ano de funcionamento foram vinculados os agentes comunitários e auxiliares a um médico de família e a uma área de atuação. A partir de 1998 foram contratados um enfermeiro de 40 horas para cada equipe e um gerente por unidade (SANTOS, 2001)².

² Mais detalhes do momento inicial de implantação do QUALIS Santa Marcelina podem ser encontrados na dissertação de mestrado de SANTOS (2001).

No momento de realização desta pesquisa, o QUALIS Santa Marcelina se encontrava com 21 unidades e 64 equipes responsáveis pelo atendimento de cerca de 1.000 famílias cada uma³. Essas unidades e ESFs não foram implantadas em áreas contíguas, portanto populações com condições de moradia e de vida semelhantes apresentavam diferentes ofertas de serviços de saúde, o que motivou muitos conflitos e questionamentos por parte da população e dos movimentos organizados. SANTOS (2001), em estudo sobre a implantação do QUALIS Santa Marcelina, afirma que esse era motivo de constante tensão para as equipes nessas regiões.

Apesar de o documento de diretrizes do convênio com a Casa de Saúde Santa Marcelina intitular-se “*Reorientação das ações de saúde em unidades básicas de saúde da zona Leste*”, a SES/SP não apresentou propostas de reorganização de suas demais unidades básicas, também sucateadas e esvaziadas pelo achatamento de salários e precárias condições de trabalho. O investimento para essas outras unidades, segundo o então secretário estadual de Saúde, ficou restrito a prover médicos, melhorando os salários através do pagamento por produtividade (SÃO PAULO, 1995). Mantinham-se, no entanto, diferenças salariais importantes entre os profissionais da rede estadual e do QUALIS, bem como diferenças no abastecimento de material e medicamentos.

Após um ano esse projeto expandiu-se através de um convênio com a Fundação Zerbini para o subdistrito de Vila Nova Cachoeirinha, localizado na região Norte da cidade São Paulo e subdistritos do Parque São Lucas e Sapopemba, localizados na região Sudeste. Mantendo os mesmos objetivos e características do projeto anterior, foi implantado em áreas com população de baixo nível socioeconômico, com problemas de acesso aos serviços de saúde, onde as unidades do Estado estavam praticamente desativadas por problemas de fixação de pessoal. Nesse projeto também foram utilizados espaços adaptados de igreja ou centros comunitários e ainda construídas algumas unidades novas, financiadas em parte com recursos do setor privado, através de doações (ZERBINI, 1997).

³ Em dezembro de 2001, quando encerramos o trabalho de campo, o QUALIS Santa Marcelina já se encontrava com 27 unidades (sendo uma delas - a unidade Nova Curuçá - da Prefeitura do Município de São Paulo) e 95 equipes responsáveis por cerca de 1.000 famílias cada uma. Já havia ocorrido a municipalização. Estava em fase de conclusão a formação de um Distrito Escola Curuçá, com a população de toda a sua área coberta pelo Programa de Saúde da Família.

O projeto de parceria com a Fundação Zerbini, denominado QUALIS II, partia da avaliação de que, apesar dos resultados positivos da experiência anterior, havia problemas a serem equacionados, tais como: aprimorar os mecanismos de acolher e trabalhar com a demanda espontânea por atenção médica; incluir cuidados nas áreas de saúde bucal, mental e do parto; buscar uma continuidade geográfica entre as áreas de cobertura de suas equipes e melhorar a retaguarda ambulatorial especializada e hospitalar (CAPISTRANO FILHO, 1999).

O projeto começou com a implantação concomitante de equipes de saúde de família e de dois ambulatórios de especialidades, um na região Norte, localizado na unidade de saúde Vila Espanhola, e outro na região Sudeste, na unidade de saúde do Jardim Guiaracá, ambas do Estado. Esses ambulatórios serviam também de referência para as demais unidades públicas da região, oferecendo-lhes cerca de 50% de seus atendimentos.

No distrito de Sapopemba, desprovido de leitos de maternidade, foi instalada uma Casa de Parto, para serem realizados partos naturais, por enfermeiras obstetrizas de gestantes de baixo risco que tivessem feito o acompanhamento de pré-natal nas equipes de saúde da família da região (CAPISTRANO FILHO, 1999).

A prática do acolhimento foi incorporada como dispositivo para organizar o atendimento nas unidades. Além disso, foram alocadas equipes de saúde bucal com dentistas, técnicos em higiene dental (THD) e atendentes de consultório dentário (ACD) em parte das unidades (cinco na região Norte e quatro na região Sudeste) com proposta de oferecer atendimentos específicos e desenvolver atividades de promoção de saúde bucal em conjunto com os agentes comunitários.

As ações de saúde mental foram implantadas com a concepção de que não deveria ser criada uma demanda específica para esta área, sendo a assistência baseada no atendimento e suporte às famílias das pessoas com problemas de sofrimento mental, pelas equipes de saúde da família, supervisionadas por equipes de saúde mental. Não foi portanto prevista a oferta de consulta psiquiátrica e psicológica nem a criação de equipamentos específicos na área de saúde mental, como os NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial), CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) ou Hospital-Dia. Foram montadas duas equipes

volantes de saúde mental: uma para a região Sudeste, composta por quatro psicólogos e um psiquiatra e uma para a região Norte, composta por quatro psicólogos, um assistente social e um psiquiatra (LANCETTI, 2000)⁴.

Com o tempo foram incorporadas também atividades de fonoaudiologia, com um referencial de trabalho semelhante ao da equipe de saúde mental, ou seja, de não criar uma demanda própria para os seus serviços especializados, mas sim aumentar a capacidade de diagnóstico das equipes de saúde da família e então estimular o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção, principalmente através dos agentes comunitários de saúde.

A Fundação Zerbini ficou responsável por selecionar, contratar e desenvolver programas de educação continuada para a formação e capacitação de todos os profissionais dessas equipes, bem como por alugar e construir unidades necessárias à plena execução do projeto. No momento da pesquisa, à semelhança da CSSM, se responsabilizava pela coordenação e gerenciamento de todas as unidades de saúde do projeto (ZERBINI, 1997).

As suas equipes, responsáveis pelo atendimento de cerca de 800 a 1.000 famílias, foram compostas desde o início por um médico, uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem, cinco ou seis agentes de saúde, todos em regime de 40 horas semanais. Após um ano de funcionamento, no entanto, em decorrência de uma pressão para diminuir o custo per capita do programa, o número de famílias por equipe foi ampliado para cerca de 1.200. Este número se mantém até os dias de hoje, sendo um diferencial com o QUALIS Santa Marcelina, que mantém o número de 1.000 famílias por equipe (SANTOS, 2001; CAPISTRANO FILHO, 1999).

Em maio de 2000 a Fundação Zerbini demitiu quase toda a equipe diretiva do projeto: o coordenador-geral Dr. Davi Capistrano, as coordenações regionais, de recursos humanos e saúde bucal. Essas demissões resultaram em alterações da gestão, das prioridades de investimento e da política de recursos humanos, as quais repercutiram no trabalho das equipes (LANCETTI, 2000).

⁴ Na região de Sapopemba, escolhida para o estudo, a equipe volante ficou responsável pelo acompanhamento de 15 equipes de saúde da família, com o desenvolvimento de um trabalho mais sistemático (reuniões mensais com as equipes para supervisão e discussão de casos das famílias acompanhadas, elaboração de projeto terapêutico e definição de estratégias de intervenção). Para as demais equipes (18), oferecem um plantão em um período da semana para discussão e orientação de casos. Essa equipe, como avalia GONÇALVES (2000), é insuficiente para a tarefa proposta, o que se confirma no nosso material empírico.

O QUALIS Fundação Zerbini contava, no momento desta pesquisa, com cinco unidades na região Norte (22 equipes) e nove na região Sudeste (33 equipes), num total de 55 equipes. Além dos ambulatórios de especialidades e da Casa de Parto, não contava com referência formalizada para as emergências, para o atendimento hospitalar e de alta complexidade.

Apesar das diferenças iniciais, o QUALIS Santa Marcelina incorporou também a partir de 1997 equipes de saúde mental e bucal, assim como as atividades de acolhimento em suas unidades. Ampliou ainda a referência para algumas especialidades com a incorporação do Ambulatório de Especialidade A. E. de Carvalho, antigo ambulatório do Estado.

A sua área de saúde mental foi estruturada com uma equipe composta por dois psiquiatras, três psicólogos e uma assistente social, com o objetivo treinar as equipes de saúde da família para abordar o sofrimento mental, oferecer retaguarda através de discussão de casos e também acompanhar alguns atendimentos no domicílio. Essa equipe, denominada equipe da saúde do viver, ficou sediada no prédio da coordenação regional e, à semelhança do QUALIS Zerbini, não realizava atendimento específico na área⁵.

A equipe de saúde bucal do QUALIS Santa Marcelina, no momento da pesquisa, estava implantada apenas em quatro unidades, com quatro dentistas, quatro atendentes de consultório dentário (ACD) e um técnico de higiene dental (THD) em cada uma, mas havia a proposta de implantação de unidades móveis.

A partir de outubro de 2000 foi incorporado tanto ao QUALIS Santa Marcelina quanto ao QUALIS Zerbini da região Sudeste um programa de atenção à pessoa portadora de deficiência, com uma equipe de reabilitação composta de fisioterapeutas, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais, num total de 19 profissionais. Esses profissionais, divididos em duplas, eram referência em média para oito ou dez equipes. Além do atendimento específico nos ambulatórios, orientavam as equipes de PSF para a detecção precoce e implementação de ações simplificadas de reabilitação.

⁵ Essa equipe no final de 2001 se encontrava com mais um psiquiatra e duas Terapeutas Ocupacionais, mas continuava bastante insuficiente para dar retaguarda a todas as equipes existentes no QUALIS Santa Marcelina (SÃO PAULO, 1996). A proposta era restringir a atuação dessa equipe às unidades do Distrito do Curuçá, (futuro Distrito Escola). Para as demais unidades não havia previsão de retaguarda de equipes de saúde mental.

5.1. AS ATRIBUIÇÕES DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A área de atuação de cada equipe (1.000 a 1.200 famílias) estava dividida em microáreas, de cerca de 150 a 200 famílias. Cada agente de saúde era responsável pela atuação em uma microárea. As atribuições de cada equipe de saúde da família estão expressas nos documentos de diretrizes dos convênios e podem ser assim agrupadas (SÃO PAULO, 1996; ZERBINI, 1997):

- conhecer a realidade social, demográfica e epidemiológica de sua área de atuação, mapeando e realizando um diagnóstico de saúde da comunidade; identificar fatores de risco aos quais a população está exposta;
- atender à população adscrita;
- realizar visitas e assistência domiciliar a pacientes crônicos de baixo risco ou aqueles recém-egressos de hospitais;
- desenvolver atividades de imunização e prevenção de doenças;
- estimular a organização da comunidade para o controle social, para intervir nos problemas de saúde (desenvolvendo processos educativos e participando de grupos comunitários);
- desenvolver atividades administrativas com vistas à organização interna da UBS e dos serviços prestados à comunidade.

As atribuições que constituem o campo de atuação de todos os profissionais são abaixo discriminadas:

- integrar a equipe de saúde da família, participando de todas as atividades de diagnóstico, planejamento e avaliação das ações individuais e coletivas;
- participar em reuniões de grupos relacionados tanto às atividades programáticas como às atividades de organização da comunidade;

- desenvolver ações de vigilância epidemiológica e sanitária, identificando situações de risco individual e coletivo, e propondo intervenções com vistas à redução da morbimortalidade e ao controle das doenças;
- acolher o usuário de forma humanizada, ouvindo seus problemas e solicitações e dando respostas adequadas de acordo com sua competência;
- atuar de forma a estabelecer uma relação de confiança com os pacientes, as famílias e demais integrantes da equipe, buscando humanizar o atendimento;
- participar das atividades dos cursos de capacitação e das atividades de educação continuada;
- estimular a participação popular para que a comunidade amplie a consciência sobre os problemas de saúde e seus determinantes.

Cada categoria profissional possuía o seu núcleo específico de atuação discriminado. Ao agente de saúde cabia cadastrar todas as famílias de sua área de atuação e acompanhá-las através de uma visita mensal, identificando pessoas expostas às situações de risco e pertencentes aos grupos prioritários, encaminhando-as para seguimento nas unidades. Nessas visitas devia também verificar as carteiras de vacinação das crianças, o comparecimento às consultas marcadas, checar o uso de medicações e o seguimento das orientações fornecidas, desenvolver ações de promoção e prevenção das doenças nas áreas básicas (incentivo ao aleitamento, orientação de gestante e nutrízes, utilização de sais de reidratação etc.), além de coletar e atualizar dados sobre nascimentos, óbitos, gestantes, internações hospitalares, pessoas que adoeceram etc.

Eram ainda atribuições do agente de saúde mapear as condições de sua área, atuar em outras instituições relacionadas à saúde da comunidade, estimular a organização da população, registrar corretamente as ações, acompanhar os pacientes em outros níveis de atenção quando necessário e notificar a mudança de endereço da família. O agente tinha como obrigação não divulgar informações recebidas durante as visitas domiciliares para quaisquer pessoas que não pertençam à equipe de saúde.

O agente de saúde dividia o seu tempo entre essas atividades externas e as atividades internas da unidade, onde realizava a condensação dos dados coletados, participava das reuniões de equipe, dos trabalhos de capacitação, dos grupos educativos, e também desenvolvia outras atividades com os usuários, como grupos de caminhada, de artesanato, de pintura, ginástica etc. Esses grupos não tinham como objetivo explícito abordar uma temática específica de saúde, mas oferecer espaço de integração para os usuários.

A enfermeira tinha como seu núcleo específico de trabalho:

- planejar e realizar atividades específicas de assistência de enfermagem a indivíduos, famílias e grupos da comunidade, como consulta de enfermagem, visitas domiciliares, grupos;
- prescrever medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e protocolados pela instituição;
- planejar, organizar e administrar as ações de saúde desenvolvendo atividades técnico-administrativas na elaboração de normas, roteiros e rotinas específicas para padronizar procedimentos e racionalizar trabalhos, servindo de apoio ao trabalho da equipe;
- realizar a previsão de pessoal e material necessário às atividades (equipamentos, material permanente e de consumo), elaborando escalas de serviço e atribuições diárias;
- coordenar e supervisionar o trabalho dos agentes comunitários e da equipe de enfermagem - avaliando o registro das ações, observando o trabalho, realizando supervisão dos procedimentos de enfermagem, reuniões de orientação e avaliação da cobertura vacinal;
- supervisionar atividades de arquivo de prontuários e agendamento de pacientes;
- planejar e desenvolver treinamento sistemático em serviço para pessoal da equipe de enfermagem e dos agentes comunitários de saúde.

Os períodos de trabalho dos enfermeiros em geral eram divididos em dois ou três períodos para consulta individual, um período para grupo, um período de visita domiciliar, um período para reunião de equipe, dois para educação continuada e dois para a supervisão do trabalho do pessoal auxiliar e agente comunitário. Os enfermeiros das diversas equipes, em geral, faziam rodízio para dar retaguarda ao acolhimento (onde existia)⁶ e à recepção. Em muitas unidades eram também responsáveis pelo fornecimento de resultado de exames normais, principalmente do Papanicolau.

Ao auxiliar de enfermagem cabia especificamente prestar assistência de enfermagem ambulatorial e domiciliar às famílias e executar tarefas sob a orientação da enfermeira, como administrar e dispensar medicamentos prescritos, fazer curativos, aplicar vacinas, coletar exames laboratoriais, preparar e esterilizar materiais e instrumentais.

Os auxiliares de enfermagem se dividiam em atividades de enfermagem internas da unidade (coleta, curativo, vacina, esterilização) e atividades de acompanhamento das equipes de família (reunião de equipe, visitas domiciliares). Cabia aos auxiliares a visita domiciliar a pacientes acamados e àqueles que necessitam de cuidados de enfermagem.

Ao médico cabia prestar assistência integral aos indivíduos sob sua responsabilidade. Suas atribuições podem ser agrupadas da seguinte maneira:

- executar todos os procedimentos nas clínicas básicas: pediatria, ginecologia e obstetrícia, clínica médica, clínica cirúrgica e medicina preventiva;
- atender urgências e realizar pequenas cirurgias;
- realizar visitas domiciliares, segundo critérios clínicos e epidemiológicos, inclusive realizando internações domiciliares;

⁶ No início do trabalho de campo as funções desenvolvidas pelos enfermeiros estavam em discussão. O COREM havia questionado as atribuições dos enfermeiros principalmente em relação a prescrições e condutas assumidas no acolhimento. No final de 2001, as atribuições diminuíram em decorrência de questionamentos das entidades de classe (CRM e COREN), ocorrendo mudanças nas ações dos enfermeiros, que não podiam mais realizar atividades de acolhimento. Foram suspensos também alguns protocolos de atendimento.

- emitir atestados de saúde;
- desenvolver ações educativas junto à população, priorizando os grupos de maior vulnerabilidade: crianças menores de 5 anos, gestantes e portadores de doenças crônicas (diabéticos e hipertensos);
- acompanhar a evolução dos pacientes de sua área de atuação, quando estes forem internados em hospitais, após a sua alta;
- manter o registro dos pacientes.

Os médicos, de maneira geral, dividiam seus períodos de trabalho de quatro horas da seguinte forma: cinco ou seis períodos eram destinados ao atendimento de consultas individuais, um período às atividades de grupo, um ou dois períodos à realização de visitas domiciliares e um ou dois períodos destinados à reciclagem e ao treinamento. As reuniões com os demais profissionais, em algumas equipes, eram diárias, com duração de meia a uma hora cada uma e, em outras equipes, eram semanais, com duração de 4 horas.

A maioria dos médicos reservava períodos específicos para atendimento dos pacientes dos grupos prioritários, destinando um ou dois períodos para o atendimento de rotina da demanda não programática. As consultas atendidas num período de quatro horas, em decorrência das consultas eventuais/intercorrências que eram encaixadas, extrapolavam, em geral, o número de 16, chegando a 20 e 22. A inserção dos médicos nas atividades de acolhimento era variável como veremos adiante.

Nas unidades do QUALIS Fundação Zerbini o médico devia realizar o mais precocemente possível visita a todas as crianças nascidas na Casa de Parto, uma vez que ali a assistência ao parto era realizada apenas por enfermeiras obstetrizas e essas crianças, ao nascerem, não eram examinadas por nenhum médico. Aos demais recém-nascidos, a primeira visita podia ser realizada pela enfermeira ou auxiliar de enfermagem.

Em ambos os QUALIS as visitas domiciliares dos médicos eram principalmente para os acamados, idosos, pacientes com limitações para chegarem à unidade ou famílias que apresentavam situações de risco identificadas por algum dos integrantes da equipe (risco não apenas biológico). As visitas prioritárias, em geral, eram decididas em reuniões de equipe.

A inserção dos médicos nos grupos educativos era variável. Em geral, realizavam essa atividade em conjunto com a enfermeira ou com os auxiliares e os agentes comunitários. Vale ressaltar, no entanto, que esta era uma atividade que nem todos os profissionais das unidades investigadas vinham realizando de forma rotineira.

As prioridades de atendimento para todas as equipes, definidas pelas coordenações dos QUALIS, eram os menores de 1 ano, as gestantes, os hipertensos, os diabéticos, pacientes com tuberculose e hanseníase. Para esses grupos a meta de cobertura era de 100% e havia protocolos de atendimento com definição das ações de cada categoria profissional, exames a serem pedidos, medicações a serem introduzidas, orientações etc.

Os agentes comunitários, ao detectarem pessoas que se encaixam nessas prioridades, já agendavam ou os encaminhavam para o agendamento na unidade de uma primeira consulta. Na maior parte das equipes, a primeira consulta era realizada pela enfermeira, com o preenchimento da ficha clínica (dados de história clínica, antecedentes pessoais e familiares), solicitação de exames do protocolo e orientação de medidas de prevenção (dietas, vacinação, exercícios, uso de métodos anticoncepcionais etc.), de maneira a agilizar a consulta médica, como veremos adiante.

O protocolo de acompanhamento dos pacientes dos grupos prioritários intercalava consultas médicas, consultas de enfermagem e atividades educativas de grupos. Algumas equipes se restringiam mais a oferecer atendimento individual com o médico e a enfermeira; outras ofereciam também atividades de grupo, havendo diferentes programações nas equipes para responder às prioridades.

Para os pacientes que não se encaixam nos grupos prioritários (os adolescentes, idosos, adultos que não são hipertensos ou diabéticos) não estavam previstas atividades programáticas. Não havia, na maior parte das unidades, atividades de planejamento familiar, e os pacientes eram encaminhados, para isso, aos ambulatorios de especialidades.

Existiam vários instrumentos de coleta de informações que permitiam avaliar a cobertura de atendimento dos grupos prioritários, cobertura vacinal, cobertura de Papanicolau, número de óbitos, internações etc. e mapas de produção de cada categoria que

permitiam o acompanhamento das atividades desenvolvidas por cada profissional. Todas as equipes realizavam anualmente uma avaliação de seu trabalho com análise das metas de cobertura atingidas e planejavam as atividades do próximo ano.

5.2. A SELEÇÃO E CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

Todos os profissionais desses projetos eram contratados em regime de CLT e selecionados através de curriculum e entrevistas. Um dos critérios priorizados na seleção era o perfil do profissional que trabalhe em equipe (SANTOS, 2001).

Ambos os projetos desenvolviam programas de capacitação e educação continuada para cada categoria profissional com conteúdo técnico específico, bem como para as equipes de saúde a fim de desenvolver um trabalho conjunto.

A maior demanda e investimento para a formação dizia respeito aos médicos. A grande maioria deles não possuía formação generalista e necessitava de uma específica qualificação técnico-científica para tal, bem como de qualificação para responder às demandas do programa, desenvolver ações de promoção e prevenção, para o trabalho em equipe etc.

Os médicos que se inscreviam para trabalhar no programa possuíam diferentes formações clínicas e podiam ser agrupados em três categorias: recém-formados que não haviam conseguido ingressar na residência médica; médicos de diferentes áreas (clínicos, ginecologistas, pediatras) atraídos pelo salário que buscavam substituir outros empregos; e médicos, em geral com mais tempo de formados, atraídos pelo ideal de poderem realizar uma nova prática. Nem todos os médicos possuíam experiências anteriores de trabalho em unidades básicas de saúde, por isso era um grande desafio capacitar esses profissionais para tal trabalho.

No QUALIS Fundação Zerbini a capacitação dos profissionais de nível superior era realizada em parceria com o Hospital das Clínicas e com a Universidade São Paulo. Era programada para oferecer a cada categoria uma atualização inicial de conhecimentos

científicos e técnicos específicos com oito horas de carga semanal durante quatro meses e, depois, uma educação continuada dada em conjunto para os enfermeiros e médicos (CAPISTRANO FILHO, 1999).

Para os médicos também eram previstas atualizações e capacitações específicas no local de trabalho por meio do atendimento conjunto e discussão de casos selecionados com médicos especialistas. Assim, esses últimos, além do atendimento de casos, tinham como tarefa qualificar e treinar os médicos das ESFs, bem como elaborar normas, procedimentos e protocolos com o objetivo de racionalizar o atendimento e aumentar a resolubilidade dos profissionais.

Para a capacitação das equipes eram realizados ainda encontros mensais de todos os seus integrantes com os coordenadores de região. Nesses encontros eram discutidas as experiências cotidianas, o trabalho das equipes, o acompanhamento dos grupos prioritários, bem como analisado a cobertura populacional, casos de internação, de óbitos da população adscrita, a cobertura populacional etc ⁷.

No QUALIS Santa Marcelina a capacitação foi desenvolvida pela própria Casa de Saúde Santa Marcelina e previa um módulo inicial de introdução ao programa, com todos os integrantes da equipe de 40 horas e uma programação de educação continuada diferenciada para cada categoria profissional.

Para os médicos a programação mensal era de oito horas teóricas e oito horas de treinamento prático junto aos especialistas no ambulatório de especialidades A. E. de Carvalho ou do Hospital Santa Marcelina, no qual o médico de família acompanhava o atendimento do especialista na área que apresentava maior dificuldade. A possibilidade de os médicos de família acompanharem os casos internados no Hospital da CSSM contribuía também para a capacitação desses profissionais. Dava-se uma grande ênfase nesse QUALIS à qualificação clínica dos médicos generalistas, no seu núcleo técnico-científico (SANTOS, 2001).

⁷ Após a mudança da direção do QUALIS Zerbini, deixaram de existir as reuniões das equipes com as coordenações de cada região (Norte e Sapopemba) e até o nosso retorno ao campo, em julho de 2001, estas ainda não haviam sido retomadas.

Para os enfermeiros a educação continuada era de oito horas mensais de teoria e, para os demais profissionais, chegava a oito horas a cada dois meses, com treinamentos e estágios práticos desenvolvidos no Hospital da CSSM. A capacitação previa ainda uma programação de reuniões bimestrais com todos os integrantes das equipes, quando eram abordados e discutidos temas que se relacionavam ao trabalho conjunto dos profissionais.

Havia uma peculiaridade nesse QUALIS. Muitas de suas unidades eram campos de estágio para residentes de Medicina Geral e Comunitária e para profissionais de enfermagem da Escola de Enfermagem Sophia Marchetti, pertencente também à CSSM. O contato com os estudantes, preceptores e supervisores de estágio também contribuía para a qualificação dos profissionais das ESFs (SILVA, 2001).

A forma específica como inicialmente se implanta o programa de saúde da família no município de São Paulo guarda relações com a agenda de reforma do Estado, pois ocorre através do repasse dos serviços públicos para o gerenciamento de Organizações Sociais e Fundações.

Foram inaugurados no ano de 2000 mais Projetos QUALIS em parceria com outras instituições privadas e filantrópicas: na região do Centro em parceria com a Santa Casa de São Paulo; na região Sul com a Congregação Santa Catarina e com a Universidade privada Santamarense (UNISA); e na região Oeste com o Hospital Universitário da Universidade São Paulo.

A partir de janeiro de 2001 uma nova gestão assumiu o governo do município de São Paulo. Extinguiu-se o PAS e retornaram as unidades de saúde para a Secretaria Municipal de Saúde. A partir de julho de 2001 ocorreu a municipalização das unidades básicas de saúde estaduais, passando o convênio do QUALIS a ser realizado com o município, que manteve as mesmas parcerias, porém com nova reorganização e definição de responsabilidades.

No QUALIS Santa Marcelina alguns serviços passaram a ser administrados pela Fundação Saúde da Família e outros permaneceram sob a administração da CCSM. Em dezembro de 2001, quando retornamos ao campo, algumas unidades enfrentavam

dificuldades de abastecimento de material de consumo (fitas de autoclave, papel para esterilização e medicamentos), assim como na manutenção de equipamentos (demora para consertar equipamentos quebrados), porque ainda não estavam bem definidas as responsabilidades das entidades e do município. Para os objetivos deste estudo, não iremos nos aprofundar na análise dessas questões, mas apenas apontá-las, uma vez que estão relacionadas com alguns problemas apresentados pelas equipes.

Nesta breve reconstrução podemos identificar diferentes histórias institucionais nos dois Projetos QUALIS quanto à composição inicial das equipes; aos processos e programas de capacitação dos profissionais; à oferta e articulação com demais áreas (mental, bucal, reabilitação) e com os demais níveis de atenção (acesso aos recursos diagnóstico-terapêuticos); ao número de famílias adscritas a cada equipe; à gestão do projeto etc.. No momento da pesquisa, apesar dessas diferenças, os projetos apresentavam modelagem bastante semelhante entre si quanto à organização específica das equipes de saúde da família, às atribuições e atividades a serem desenvolvidas pela equipe e por cada profissional e às prioridades de atendimento.

Num contexto de desestruturação da rede de serviços de saúde, as equipes de saúde da família dos Projetos QUALIS se implantam, de maneira geral, em áreas descontínuas, em regiões de grande densidade populacional com poucos recursos sociais e de saúde, e à parte da rede de serviços públicos, inclusive da própria SES/SP, o que lhes confere características singulares.

Apresentamos a seguir com mais detalhes as unidades e as equipes selecionadas e a organização do processo de trabalho. Conforme combinado com os profissionais pesquisados, as unidades e equipes não serão identificadas.



6. AS UNIDADES AS EQUIPES INVESTIGADAS

6.1. A UNIDADE DE SAÚDE I - QUALIS SANTA MARCELINA

Essa unidade, localizada na zona Leste de São Paulo, funciona numa casa alugada, adaptada. Atende a população de dois bairros que se caracterizam por possuir quase 100% de cobertura da rede de água e esgoto e uma infra-estrutura melhor, em comparação com os demais bairros dessa região.

Convivem no local, no entanto, famílias de classe média com famílias de baixa renda, que vivem em situação miserável. São bairros onde existem várias casas construídas/adaptadas em um mesmo terreno herdado (primos-irmãos), permanecendo a pobreza de certa forma camuflada. Nessa área é grande o número de idosos, muitos moram sozinhos e em condições precárias, sendo comum casos de abandono pela família.

Na ocasião desta pesquisa, cerca de 92% da população¹ da área de atuação da equipe estava cadastradas no projeto, sendo que 27% era coberta por algum convênio que, em geral oferece atendimento parcial para os problemas de saúde. Com o desemprego e com as dificuldades econômicas, muitos vinham, porém, deixando de pagar o convênio, optando pelo seguimento no QUALIS.

O projeto foi implantado no local em 1996, em decorrência da pressão do movimento popular do bairro para que fosse reativada a unidade estadual de saúde, que na época funcionava com apenas cinco funcionários, entre pessoal de enfermagem e administrativo, e sem nenhum médico. A unidade possui conselho de saúde atuante com reuniões frequentes.

Alguns desses funcionários estaduais permaneceram no projeto, mas sem obterem a equivalência salarial – cumpriam a mesma carga horária dos funcionários do QUALIS, porém recebiam salários mais baixos –, o que levou a vários conflitos e problemas de integração no projeto².

¹ Os demais (8% da população) não aceitaram o cadastramento no projeto. Para ser cadastrado era necessário morar no mesmo endereço havia mais de três meses e aceitar a visita do agente de saúde dentro da casa.

² No nosso retorno esses funcionários já haviam conseguido a transferência para as outras unidades do Estado, onde cumpriam, como os demais funcionários estaduais, carga de trabalho de seis horas diárias.

As equipes, inicialmente, foram constituídas apenas pelo médico e pelos agentes comunitários, sendo os demais profissionais vinculados à unidade. Havia uma única enfermeira, que, além de exercer suas funções específicas, era responsável pela supervisão do trabalho dos agentes comunitários e pela gerência da unidade. A partir de 1998, foram incorporados a cada equipe um enfermeiro e um auxiliar de enfermagem, bem como designado um gerente para a unidade.

No momento de realização desta pesquisa, a unidade possuía três equipes de saúde da família completas. Os médicos generalistas não realizavam atendimento de ginecologia, então todos os casos eram encaminhados para o ginecologista do ambulatório de especialidades. A coleta de exames laboratoriais era diária. O exame de Papanicolau era colhido duas vezes na semana pelos auxiliares ou enfermeiros. Os resultados do Papanicolau e dos exames laboratoriais normais eram fornecidos em grupo pelos enfermeiros.

Não havia equipe de saúde bucal no local e nenhuma programação de reuniões/atividades rotineiras com a equipe de saúde mental. A unidade era campo de estágio para internos e residentes de medicina da CSSM.

A referência para as especialidades era o Ambulatório A. E. de Carvalho, cujo agendamento era realizado na própria unidade, através de um mapa de vagas, e também o ambulatório da CSSM. Para emergência e internação, a referência era o PS e o Hospital da CSSM.

As prioridades de atenção e a divisão de trabalho das ESFs seguiam o modelo proposto pela coordenação central, embora cada equipe se organizasse de forma diferenciada para responder a essas prioridades. As regras para o acesso à consulta médica estão explicitadas no fluxograma 1 anexo. Nessa representação gráfica os momentos de decisão são representados pelo símbolo de um losango e os de intervenção, por um retângulo.

Para o atendimento dos grupos programáticos prioritários (diabéticos, hipertensos, menores de 1 ano, gestantes), uma das equipes realizava o agendamento dos retornos para todo o ano, intercalando consulta médica, consulta de enfermagem e grupos. As demais equipes agendavam apenas o retorno seguinte, devendo ser avaliada, segundo o gerente, a solução mais eficaz para ser adotada em todas as equipes.

O atendimento da demanda que não se encaixava nos grupos prioritários do programa era uma questão central para essa unidade. Diante da dificuldade de acesso dessa demanda, as equipes passaram a oferecer, pelo menos, uma primeira consulta para todos os cadastrados que procurassem a unidade³. As vagas de retorno, no entanto, eram poucas e oferecidas apenas uma vez por mês.

O acolhimento era realizado pelos auxiliares de enfermagem com a supervisão dos enfermeiros e, quando necessário, era solicitada avaliação do médico. Cada médico avaliava os casos de sua área de atuação, em geral, em conjunto com os profissionais do acolhimento, com o objetivo também de realizar “treinamento” em serviço para esses profissionais.

A forma de funcionamento do acolhimento no início de nossa investigação era considerada adequada pelos profissionais e pela gerente, já que apenas 30% dos casos atendidos demandavam avaliação médica. Essa unidade investiu em treinamentos locais para aumentar a resolubilidade e a competência do pessoal de enfermagem no acolhimento, bem como ampliar a oferta de outras atividades, como grupos de gestantes, de crianças, de coleta de Papanicolau, modificando a demanda para o acolhimento.

Conforme ilustra o fluxograma, no entanto, era a recepção que inicialmente avaliava os casos e selecionava os que seriam dispensados do balcão, encaminhados para o pronto-socorro ou para o acolhimento. Em decorrência de alguns casos de “insucesso” que evidenciaram falhas na abordagem/acolhimento dos profissionais da recepção, estava sendo discutida a possibilidade de vinculação destes às equipes.

Na ocasião da pesquisa, essa unidade passava por um momento importante de reflexão crítica sobre seu trabalho, avaliando os resultados alcançados e os limites para atender às diretrizes do programa. Partindo do diagnóstico de que havia dificuldades de integração e de ação conjunta entre as equipes, conflitos entre os profissionais e muito sofrimento diante das questões trazidas pelos pacientes, contrataram, por iniciativa própria (rateando os custos entre os funcionários), um psicólogo para ajudar na construção de um trabalho conjunto e sobretudo melhorar as relações entre os profissionais e entre as equipes⁴.

³ No trabalho de campo encontramos apenas nessa unidade, a oferta de primeira consulta para a população que não se enquadrava nos grupos prioritários.

⁴ Essa supervisão se mantinha no nosso retorno em julho de 2001.

Instituiu-se então um espaço rotineiro de reflexão com todos os funcionários da unidade, com discussão de casos de sucesso/insucesso da atenção, e também um grupo gerencial com integrantes das três equipes (de nível universitário) para discutir os problemas da unidade e realizar um planejamento conjunto, priorizando atividades que pudessem integrar e diminuir a competição entre as equipes, assim como potencializar e desenvolver ações extra-setoriais, construindo “uma cara” para o serviço. Esse momento mostrou-se particularmente favorável para o aprofundamento das questões propostas neste estudo.

Nas reuniões de supervisão que acompanhamos emergiram como temática importante as diferenças de poder entre os profissionais – universitários e não- universitários, médicos e não-médicos -; bem como as diferenças entre profissionais do QUALIS e profissionais do Estado, entre os do setor administrativo e das ESFs. Outra temática importante dizia respeito ao medo da demissão, que se expressava na dificuldade dos componentes da equipe falarem sobre os “*problemas*” e, dessa maneira, “*se exporem*”, correndo o risco de colocar, como diziam, “*a cabeça a prêmio*”.

Selecionamos, para nossa investigação, a equipe cuja médica trabalhava no

Projeto QUALIS desde 1996⁵ e havia cerca de um ano e meio nessa unidade. Uma das equipes, cuja médica também se encontrava no projeto desde 1996, foi excluída porque havia participado recentemente de outra pesquisa e, a terceira equipe, porque o médico se encontrava no local havia menos de um ano, apesar de trabalhar no projeto havia cerca de três anos.

Os médicos que trabalhavam no local no momento da pesquisa apresentavam, segundo o gerente, características bastante diferenciadas quanto à organização e divisão do trabalho (agenda/prioridades), à relação com os demais profissionais da equipe e com os pacientes, possuindo diferentes formações e concepções sobre como deveria ser a atuação no projeto. Levando-se em conta a larga experiência em outros serviços de saúde da família, resolvemos entrevistar e observar as consultas do médico da terceira equipe, que não havia participado de nenhuma pesquisa anterior.

⁵ Essa profissional vinha de outras unidades bem mais periféricas e de alta demanda: unidade do Barro Blanco e unidade Santa Rita.

Por ser melhor localizada e mais próxima do Centro, essa unidade recebia, em geral, os médicos vindos das mais periféricas, onde as condições de trabalho eram piores. Comumente os médicos saíam daqui apenas quando pediam demissão do projeto. Por esse local já haviam passado sete médicos em quatro anos, caracterizando uma alta rotatividade desses profissionais. O principal motivo de demissão, segundo o gerente, se devia ao desgaste com o trabalho que exigia muito do profissional.

É interessante notar que nessa unidade, diferente das demais, ocorria também uma grande rotatividade de agentes comunitários de saúde, decorrente, segundo o gerente, das características da população, que era mais exigente e aceitava menos a visita desses profissionais, e também ao fato de que os próprios agentes, por terem uma situação de vida um pouco mais diferenciada em relação aos outros bairros mais periféricos, manifestavam maior insatisfação com o salário.

O nosso retorno para apresentar a análise à equipe investigada ocorreu em julho de 2001. Nessa ocasião, a organização da unidade mantinha-se praticamente a

mesma, com exceção do acolhimento, em que a enfermagem, por pressão das entidades de classe (COREN, CRM), não podia mais dispensar pacientes. Em relação aos médicos, dois deles haviam pedido demissão para trabalhar em outra cidade, também como médicos de família.

6.2. A UNIDADE DE SAÚDE II - QUALIS SANTA MARCELINA

Localizada no distrito de Itaquera, essa unidade atende a uma população extremamente carente; praticamente 100% são dependente do SUS, com grande parcela de analfabetos, desempregados, crianças fora da escola, muitos casos de gravidez na adolescência e de drogadição. A situação de miséria social gera muita violência doméstica e sexual, principalmente contra mulheres e crianças.

Essa unidade funcionava como Consultório de Médico de Família desde 1992, em um imóvel alugado pela Casa de Saúde Santa Marcelina, enquanto o Projeto QUALIS foi implantado a partir de 1996, com três equipes de saúde da família. Caracterizava-se por possuir um trabalho intenso com a comunidade. O conselho de saúde do bairro era bastante atuante e organizado.

Não havia equipe de saúde bucal no local. Ocorriam ocasionalmente reuniões com a equipe “saúde do viver” para discutir casos com problemas de saúde mental, o que, porém, era considerado insuficiente ante às necessidades. A unidade recebia internos e residentes da CSSM e também médicos recém-contratados para treinamento em serviço.

A coleta de material de laboratório ocorria uma vez por semana. O enfermeiro realizava a entrega dos resultados de exames laboratoriais normais e de Papanicolau, agendando consulta médica apenas para os pacientes com resultados alterados. Não era realizado no local atendimento ginecológico nem planejamento familiar.

A proximidade dessa unidade com o Pronto-Socorro e o Hospital Santa Marcelina conferia certa facilidade para a retaguarda, principalmente para as urgências e emergências. A referência para internação e atendimento ambulatorial também era a CSSM.

A história da constituição das equipes assemelha-se à da unidade I, sendo, a partir de 1998, incorporados um enfermeiro e auxiliares de enfermagem para cada equipe, assim como um gerente para a unidade. Este apontou como uma grande dificuldade inserir as auxiliares de enfermagem no trabalho das ESFs, uma vez que em boa parte do tempo elas eram absorvidos nas tarefas da unidade, como medicação, vacinação, inalação, farmácia, curativos, entre outras.

Selecionamos, para a investigação a equipe cujo médico estava no local havia cerca de um ano e possuía experiência anterior como médico de família em outro município. O médico de uma das equipes era recém-admitido, e o da outra, que também estava no local havia cerca de um ano, encontrava-se em férias.

Por essa unidade já haviam passado dez médicos. Os principais motivos alegados pelos profissionais para a desistência era o desgaste com o trabalho em decorrência da alta demanda da população e a responsabilidade por uma série de ações e atividades além da consulta individual. Segundo o gerente, os médicos apresentavam resistências em seguir os protocolos, em trabalhar em equipe e sobretudo em aceitar que o próprio trabalho fosse avaliado por outros profissionais, como, por exemplo, pelos agentes comunitários.

Como em outras unidades, as prioridades para o atendimento eram as gestantes, os menores de 1 ano, os hipertensos e os diabéticos. As equipes possuíam algumas regras diferenciadas em relação ao agendamento e à organização das atividades; por exemplo, em uma das equipes, o agendamento era feito diariamente pelo médico ou enfermeira; já em outra, as prioridades eram agendadas através dos agentes de saúde, sendo aberto, uma vez por mês, o agendamento para os pacientes que não se encaixavam nos grupos prioritários, conforme fluxograma 2 anexo.

O número de 1.000 famílias atendidas por equipe era considerado excessivo, já que no local as condições de vida e de saúde eram precárias e quase toda a população, dependente do serviço público. A pressão da demanda espontânea era, portanto, muito grande. As equipes, segundo o gerente, vinham desenvolvendo uma boa assistência, mas atuavam pouco na promoção e prevenção, não conseguindo, inclusive, ter um controle efetivo sobre os grupos prioritários e desenvolver as atividades programáticas preconizadas. A questão central na unidade era como reverter a demanda por pronto-atendimento e trabalhar com os grupos prioritários e com a promoção à saúde, buscando um equilíbrio maior entre o promocional e o assistencial.

No momento desta pesquisa, os profissionais tentavam limitar o atendimento à demanda espontânea até as 10 horas da manhã. Os pacientes que procuravam a unidade após esse horário eram então orientados pela recepção a retornar no próximo dia ou a procurar o Pronto-Socorro, sendo alguns avaliados pelo pessoal de enfermagem. Os médicos de todas as equipes destinavam o período das 8 às 10 horas da manhã para o pronto-atendimento dos casos de sua área de atuação, passando a atender após esse horário as consultas agendadas (cerca de 12 por período), chegando, com frequência, a atender 25 a 30 pacientes por período de quatro horas.

No nosso retorno, que ocorreu em dezembro de 2001, a única equipe que permanecia a mesma era a equipe investigada. Nas demais haviam ocorrido mudanças de médicos. A pressão da demanda espontânea, segundo os profissionais, estava ainda maior, porque as unidades vizinhas do Estado e do município, que antes absorviam parte da população adscrita a estas equipes, passaram a atender apenas pacientes das suas áreas de abrangência. Além disso, a CSSM não estava mais agendando consulta para especialistas

sem encaminhamento das ESFs, o que aumentava a procura por consulta. A situação era agravada, ainda, pelas limitações impostas pelas entidades de classe na atuação dos enfermeiras no acolhimento e triagem dos pacientes, podendo apenas os médicos avaliarem os casos de procura espontânea na unidade.

6.3. A UNIDADE DE SAÚDE III - QUALIS FUNDAÇÃO ZERBINI

O Projeto QUALIS foi implantado nessa unidade a partir de março de 1998. Trata-se de uma antiga unidade do Estado, localizada na região de Sapopemba. Comparada com as demais da região, essa é responsável por uma população com melhores condições de moradia e de renda, em que cerca de 27% das pessoas estão cobertas com algum plano de saúde. No entanto possui também parte significativa de sua população (cerca de 25%) morando em favelas, em condições miseráveis, sem acesso à rede de água e esgotos.

No momento desta pesquisa contava com três equipes de saúde da família, responsáveis pelo atendimento de 1.200 famílias cada uma. Essas equipes foram compostas desde o início do programa por um médico, uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem (que se dividiam na cobertura das atividades da unidade e da equipe) e cinco a seis agentes comunitários (um para cada 200 famílias). Também possuía uma equipe de saúde bucal com três dentistas, cada um referência para uma ESF, e contava com acompanhamento sistemático da equipe de saúde mental da região. Além disso, recebia alunos de fonoaudiologia para estágio. Cada equipe de saúde da família fazia uma reunião mensal em conjunto com a equipe de saúde mental e com a de saúde bucal.

A coleta de Papanicolau era realizada pelos enfermeiros, precedida de uma orientação em grupo. Os resultados de exames eram fornecidos pelos médicos em consultas individuais. Alguns casos ginecológicos mais simples eram atendidos e acompanhados pelos generalistas; os demais eram encaminhados para o ambulatório de especialidades, sendo o do Jardim Guaicá utilizado como referência.

No momento da pesquisa, por causa da mudança da coordenação central do QUALIS Zerbini, a região de Sapopemba estava sem coordenação e havia sido suspenso o espaço de reuniões dos diretores das unidades, fato sentido pela gerência local e pelos profissionais como desarticulador do trabalho que vinha sendo desenvolvido. Havia entre

os profissionais a convicção de perda de espaço de discussão, uma vez que a coordenação da região também acompanhava de perto as equipes, realizando reuniões periódicas de avaliação do trabalho.

A maioria dos funcionários do Estado que trabalhavam anteriormente nessa unidade não aderiram ao programa e foram transferidas para outras unidades estaduais. Permaneceram no local o gerente (que já dirigia essa unidade há cerca de 10 anos), uma atendente, uma auxiliar administrativa, dois auxiliares de limpeza e um auxiliar de serviço. Esses profissionais não recebiam equivalência salarial, compensando a diferença de vencimentos através de uma jornada de trabalho menor.

Nessa unidade foram estudadas duas equipes: uma cujo médico era o mesmo desde o início do programa e outra cujo profissional estava na unidade desde outubro de 1998 e possuía uma experiência anterior como médico de família do PSF da cidade de São Luis do Maranhão. A terceira equipe, por onde já haviam passado três médicos, foi excluída porque o médico era recém-admitido.

Essas equipes, segundo a gerência, apresentavam várias diferenças que diziam respeito, entre outros aspectos, à distribuição dos períodos do médico entre as diversas atividades; à forma de agendamento; à utilização de instrumentos de avaliação do trabalho e controle dos grupos prioritários; aos espaços das reuniões de equipe; e à articulação e integração do trabalho dos diversos profissionais..

A questão central nessa unidade era o grande número de famílias por equipe (inicialmente de 800 e atualmente de 1.200), o que vinha acarretando problemas tanto para responder às atividades programáticas quanto às intercorrências clínicas.

Esse serviço, conforme fluxograma 3 anexo, apresentava uma organização singular do processo de trabalho, em que os agentes comunitários eram os responsáveis pelo acolhimento. Essa atividade, no momento da pesquisa, era realizada diariamente no período das 7 às 9 horas e visava dar um destino para a demanda do dia, composta tanto por pessoas que vinham para uma consulta de rotina quanto por aquelas com alguma intercorrência clínica.

A recepção dessa unidade só agendava consultas de retorno para gestantes, menores de 1 ano, pacientes com tuberculose ou algum caso grave já conhecido. Os demais, mesmo os dos grupos prioritários, deveriam, no dia em que desejavam o retorno, passar pelo acolhimento com os agentes de saúde para serem agendados para o mesmo dia ou para os próximos.

Cada agente atendia as pessoas da área de atuação de sua equipe decidindo quais iriam passar no mesmo dia por atendimento médico/enfermagem, quais seriam agendados para outro dia e quais deveriam retornar no dia seguinte às 7 horas para tentar vaga novamente. Alguns eram dispensados pelo agente com alguma orientação.

Depois das 9 horas, era a recepção que decidia sobre os pacientes que procuravam por atendimento, orientando aqueles que buscavam consulta de rotina a retornarem no dia seguinte às 7 horas para tentar vaga e avaliando a necessidade dos que apresentavam alguma intercorrência clínica de passarem no mesmo dia ou irem a um pronto-socorro. Alguns critérios eram então utilizados para suas decisões, tais como a investigação de febre, crise de bronquite, quadros de diarreia e vômitos e pressão alta, solicitando a orientação e a retaguarda da enfermagem e dos médicos em casos de dúvidas.

Esse modelo de organização, implantado após algumas outras tentativas de responder à demanda espontânea, estava em discussão porque não conseguia garantir o atendimento das intercorrências clínicas dos pacientes adscritos a cada equipe e, além disso, não havia um adequado seguimento daqueles que deveriam ter um acompanhamento de rotina.

No nosso retorno em julho de 2001, encontramos nessa unidade, comparada com as demais, as maiores mudanças na organização do trabalho, em parte avaliadas pelos próprios profissionais, como decorrentes de questionamentos provocados pelo processo de investigação. O acolhimento e o agendamento foram modificados. As pessoas que necessitavam de retorno médico não precisavam ir mais no acolhimento para tentar vagas, sendo agendadas diretamente na recepção. As enfermeiras passaram a acompanhar o acolhimento realizado pelos agentes comunitários, resolvendo e orientando muitos casos, diminuindo, assim, a demanda para os médicos. A orientação era agendar todos os que não necessitavam de atendimento no dia, evitando o retorno para “tentar vaga”, o que alterava o modelo que havia sido criado pela organização anterior.

Apesar dessas mudanças, persistiam nessa unidade as dificuldades para responder às necessidades de atendimento da população adscrita e não se conseguia ainda atingir a meta de cobertura de todos os grupos programáticos. Muitos casos que poderiam ser resolvidos na unidade continuavam a ser encaminhados para atendimento no pronto-socorro.

Os profissionais avaliavam então que se deveria organizar melhor o seguimento das prioridades, como diabéticos e hipertensos; melhorar a vigilância sobre a realização de exames preventivos, cobertura vacinal etc.; e desenvolver uma proposta mais sistematizada para o atendimento dos grupos não prioritários como o de mulheres na menopausa e de idosos.

No nosso retorno, observamos que, além das reuniões com os profissionais da saúde bucal e mental, foram incorporadas à rotina das equipes, outras mensais para discutir de casos de fonoaudiologia e fisioterapia. Todos os profissionais, inclusive os agentes comunitários, estavam sendo treinados para a detecção precoce de problemas nessas áreas. Também estavam sendo montadas, numa das unidades do QUALIS Sapopemba, na unidade Vila Reunidas, referências para atendimento nessas áreas de reabilitação.

Essa também foi a única unidade em que, no nosso retorno, encontramos os mesmos profissionais em todas as equipes, o que talvez possa ser atribuído ao fato de ser uma unidade de fácil acesso e possuir um bom ambiente de trabalho, com apoio de diversas áreas.

6.4. A UNIDADE IV - QUALIS FUNDAÇÃO ZERBINI

Essa unidade, inaugurada em fevereiro de 1999, está localizada em uma área que começou a ser invadida e ocupada pela população da região a partir de 1978. A comunidade organizada através de muita luta, conseguiu, a partir de 1992, a regularização da ocupação e a implantação da rede de água, esgoto, serviço de coleta de lixo, assim como esse serviço de saúde. Trata-se de uma área com grande carência de equipamentos sociais e de lazer, com um elevado índice de desemprego e de violência.

Essa unidade foi construída pela Fundação Zerbini, através de doações da iniciativa privada, como objetivo inicial de implantar duas equipes de saúde. No momento de realização desta pesquisa, possuía quatro equipes e apresentava problemas de espaço físico, utilizando parte de um prédio anexo para as atividades de grupo, dos agentes comunitários e para reuniões.

As equipes enfrentavam grandes demandas e problemas de saúde complexos no atendimento da população extremamente carente, quase que totalmente dependente do SUS, sendo as mortes violentas a primeira causa de mortalidade. Cada equipe era responsável por mais de 1.200 famílias e havia uma forte pressão para que aumentassem sua cobertura para 1.300.

As prioridades de atenção eram também os menores de 1 ano, gestantes, hipertensos e diabéticos. Só parte dos médicos generalistas atendia casos ginecológicos mais simples; os demais não se sentiam capacitados para tal, encaminhando as pacientes para o ambulatório de especialidades. Os auxiliares de enfermagem colhiam o exame de Papanicolau, sendo o resultado fornecido pelos enfermeiros. Para as especialidades, utilizavam como referência o Jardim Guairacá do QUALIS e o ambulatório municipal de Sapopemba.

Nessa unidade não havia equipe de saúde bucal. A equipe de saúde mental, ao contrário da unidade I, não agendava reuniões de forma sistemática com as ESFs do local, oferecendo apenas retaguarda, quando acionada (plantão), para discussão e acompanhamento de alguns casos.

No momento da pesquisa, cerca de nove médicos já haviam saído da unidade. Desses, apenas dois continuavam trabalhando em outras unidades do QUALIS. Alguns desses profissionais eram recém-formados e, ao ingressarem em um curso de residência médica, pediam demissão; outros não tinham o perfil necessário e não se adaptavam ao trabalho em equipe. O excesso de famílias e a pressão da demanda, no entanto, segundo o gerente, eram os fatores que mais contribuíam para esse grande rodízio de médicos. Sendo assim, com frequência, havia equipes sem médicos, o que sobrecarregava sensivelmente as demais.

Na ocasião da investigação, havia uma equipe sem médico, uma em que a médica estava trabalhando havia sete meses e outra na qual o médico havia acabado de chegar. Escolhemos para o estudo a equipe em que a médica e os profissionais se encontravam na unidade desde a sua inauguração. Durante a pesquisa, a enfermeira desta equipe entrou de licença gestante, não tendo sido possível observar o seu trabalho. Optamos então por entrevistar e observar o trabalho da enfermeira que assumiu o acompanhamento de seus pacientes e que estava na unidade desde 1999. Resolvemos também entrevistar e observar as consultas da médica que estava na unidade havia sete meses, por esta ter uma experiência anterior com o programa de saúde da família, no Estado de Pernambuco.

A temática central nessa unidade era o desgaste dos profissionais com o trabalho pelo excesso de demanda, pelas complexas situações patológicas com as quais não estavam preparados para lidar e pela falta de retaguarda de outros profissionais.

Para tentar dar conta dessa demanda espontânea, a unidade havia passado por várias propostas de acolhimento, realizadas pelos auxiliares de enfermagem, depois pelos enfermeiros e pelos médicos, as quais, porém, não foram consideradas bem-sucedidas. Na ocasião deste estudo, estavam sendo atendidos, no dia, apenas aqueles pacientes que chegavam primeiro e conseguiam vagas de encaixe (oito vagas por médico), conforme fluxograma 4 anexo.

A agenda de cada médico intercalava uma consulta de rotina com uma vaga para encaixe de pessoas que procuravam assistência no dia. As equipes trabalhavam com áreas casadas, ou seja, cada médico dava cobertura, também, para o atendimento de intercorrências da população de uma outra equipe. Assim, o encaixe dos pacientes era realizado pela ordem de chegada (os primeiros da fila, independentemente da queixa), podendo ocorrer com o médico responsável pelo seu acompanhamento ou com aquele da área casada.

Quando terminavam as vagas de encaixes, os pacientes eram orientados pela recepção a procurar o pronto-socorro ou outras unidades. Alguns casos eram orientados a retornar ou aguardar outro período de atendimento para tentar o encaixe; outros, de acordo com a percepção dos funcionários da recepção (casos de dispnéia, febre) ou pela insistência

dos pacientes, eram encaminhados para uma avaliação com o auxiliar, com o enfermeiro ou diretamente com o médico. Os critérios que orientavam a decisão da recepção eram variados e sofriam também forte influência das pressões dos pacientes. Pela grande demanda, porém, muitos eram os casos dispensados diretamente do balcão.

Cada equipe possuía regras próprias em relação à marcação de retornos, ao atendimento da demanda não-prioritária, ao encaixe de pacientes, entre outros, o que dificultava o trabalho da recepção. As regras eram muitas e confusas. Havia vários problemas relacionados com o fluxo de informação na unidade entre os funcionários e destes com a população. A recepção se constituía, portanto, num setor crítico de direcionamento da demanda, com grande desgaste daqueles que nela trabalhavam.

A primeira consulta dos grupos programáticos era agendada com a enfermeira. O agendamento de retorno dos grupos prioritários necessitava de autorização dos profissionais da equipe (médico/enfermeira). O agendamento da demanda que não era dos grupos prioritários só ocorria uma vez ao mês. Os pacientes que diziam ter urgência da consulta eram encaminhados ao agente comunitário, para que este solicitasse autorização do médico ou enfermeiro na reunião da equipe.

Os pacientes que desejavam encaminhamentos para especialistas, receber resultados de exames ou trocar receitas também eram orientados a procurar os agentes comunitários, para que seus casos pudessem ser discutidos e resolvidos nas reuniões da equipe⁶.

No nosso retorno, que ocorreu em julho de 2001, constatamos que não haviam ocorrido mudanças significativas na organização da unidade. O fluxograma permanecia o mesmo, assim como a problemática em relação ao atendimento da demanda espontânea. Para os médicos e enfermeiros, esse esquema, em comparação com as experiências anteriores, era mais adequado, uma vez que diminuía a pressão de atendimento para esses profissionais. Para os funcionários da recepção, agentes comunitários e auxiliares de enfermagem, ao contrário, os problemas eram maiores, uma vez que eram eles quem decidiam, dispensavam os pacientes e os encaminhavam para outros serviços, ouvindo, com frequência, as queixas daqueles que não eram atendidos.

⁶ Nessa unidade parte significativa do tempo da reunião era utilizada para transcrever receitas, dar encaminhamentos para especialistas e verificar resultados de exames.

A pressão por atendimento da demanda dos grupos não-prioritários era, de fato, cada vez maior, sendo comum o paciente ter que retornar vários meses no dia do agendamento mensal para conseguir um vaga. A expectativa das equipes era de que o problema da demanda fosse amenizado pela redistribuição da área de atuação com a implantação, através do município, de outras equipes de saúde da família na região.

Uma das equipes da unidade ainda permanecia sem médico. A constante pressão da demanda dificultava uma boa cobertura para os grupos prioritários e, mais ainda, para os pacientes que não se encaixavam nesses grupos (crianças acima de 2 anos, adolescentes, idosos etc.). Para diminuir a demanda por consulta médica, os pacientes com medicamentos de uso contínuo foram então autorizados a retirá-los diretamente da farmácia, dispensando-se a troca de receitas.

Como nas outras unidades do QUALIS Zerbini, aqui também havia começado o trabalho de treinamento dos agentes de saúde na área de reabilitação, porém os demais profissionais da equipe não estavam ainda sendo treinados. A situação em relação às áreas de saúde bucal e mental permanecia a mesma.

Um tema levantado em nosso retorno dizia respeito a problemas no programa de formação e capacitação, principalmente dos médicos. Os protocolos existentes eram considerados insuficientes, e alguns desses profissionais ainda não haviam sido treinados para a realização de exames ginecológicos.

A caracterização que aqui fizemos dos projetos QUALIS e das unidades selecionadas teve como objetivo apresentar o contexto em que se inseriam as equipes de saúde da família de uma forma mais detalhada.

As unidades escolhidas para este estudo se localizavam, assim, em áreas cujas populações possuíam diferentes condições de vida, de moradia e de acesso aos serviços públicos (água, esgoto, lixo, etc.), diferentes características demográficas e de problemas de saúde.

Também as equipes selecionadas, apesar de terem características comuns, apresentavam diferenças em relação à organização e gestão local do processo de trabalho, decorrentes tanto dos diferentes projetos QUALIS, das diferentes áreas e unidades de saúde onde se inseriam, quanto da dinâmica própria de funcionamento de cada equipe.

O retorno que fizemos às unidades possibilitou que identificássemos movimentos e dinâmicas distintas nessas equipes: algumas mantinham a mesma forma de organização do trabalho; outras, ao contrário, haviam realizado mudanças significativas no seu modo de operacionalizar o trabalho.

Sendo assim, as diferenças entre as equipes selecionadas, os distintos graus de integração e articulação dos trabalhos dos profissionais forneceram uma heterogeneidade de casos, particularmente favorável à investigação pretendida, conferindo maior consistência e força às evidências aqui analisadas.

Apresentamos a seguir uma análise do fluxogramas das unidades.

6.5. ANÁLISE DO FLUXOGRAMA DAS UNIDADES

No fluxograma 5 encontramos uma síntese do caminho que o usuário do QUALIS predominante percorria, na ocasião deste estudo, para chegar ao atendimento médico.

Como podemos visualizar, para a entrada no serviço era necessário pertencer à área de atuação da ESF e ter sido cadastrado pelo agente de saúde em uma visita domiciliar. Aqueles que não pertenciam à área eram orientados a procurar outros serviços, sendo atendidos somente se apresentassem alguma urgência médica.

Como, no momento da pesquisa, não existia uma integração e divisão de território com os demais serviços públicos de saúde (centros de saúde estaduais/unidades básicas municipais), o usuário não era encaminhado formalmente, não havendo assim uma garantia de acesso ao acompanhamento nesses serviços.

As prioridades de atenção, apesar das diferentes características demográficas e de morbi-mortalidade, eram as mesmas em todas as unidades: as gestantes, os menores de um ano, os hipertensos, os diabéticos, a coleta de Papanicolau e os pacientes com tuberculose. Os usuários cadastrados que se encaixavam nesses grupos prioritários conseguiam com agilidade consulta e acompanhamento no serviço.

Apesar da existência, na maior parte das unidades, de atividades de acolhimento para receber, atender e orientar a demanda espontânea, podemos perceber nos fluxogramas que eram os funcionários da recepção que decidiam, em grande parte do tempo, quem deveria passar por uma avaliação da enfermagem ou médica, quem seria dispensado, encaminhado para outro serviço e, inclusive, em uma das unidades, quem iria passar pelo acolhimento.

Esses funcionários, predominantemente do setor administrativo (escriturários) e não vinculados às equipes de saúde da família, decidiam então, em parte significativa do tempo, o acesso ao atendimento. Para essas decisões utilizavam critérios variados e, muitas vezes, contraditórios, com maior ou menor permeabilidade para “escutar” as necessidades dos usuários. Alguns, por exemplo, diziam simplesmente que não havia mais vagas; outros tentavam avaliar a queixa referida, investigando se apresentavam sintomas como diarreia, falta de ar, febre, pressão alta, antes de decidirem o que fazer. A decisão de solicitar uma avaliação pelo pessoal de enfermagem ou médica era baseada, principalmente, na identificação de uma “queixa orgânica”, mas muitas vezes a avaliação era solicitada por insistência e pressão do usuário.

Além das tensões enfrentadas pelos funcionários da recepção pela necessidade constante de tomarem decisões sem uma específica formação para tal, a falta de vinculação com as equipes dificultava a identificação de pacientes de risco ou que demandavam alguma atenção especial, sendo freqüente relatos de dispensa de pacientes com os quais as equipes estavam justamente tentando um trabalho de aproximação.

Nesse sentido, chama atenção que também o acolhimento não era necessariamente realizado pela equipe de saúde, a qual o paciente estava vinculado. Na maior parte das unidades, os profissionais das várias equipes se revezam nessa função, apesar da avaliação médica, quando necessário, ser prioritariamente realizada com o médico de referência.

O agendamento das consultas de rotina para a demanda não programática também era realizado, na maior parte das equipes, pela recepção, de acordo com as normas e regras estabelecidas em cada unidade/equipe. Em geral, ao constatarem não ser o usuário

do grupo prioritário, os funcionários apenas orientavam o dia em que deveria retornar para o agendamento mensal, sem ter uma postura ativa de perguntar o motivo pelo qual desejava a consulta. Dessa maneira, parte significativa das decisões em relação a essa demanda não era realizada pelas equipes nas quais os pacientes estavam adscritos.

Podemos constatar, ao analisarmos os fluxogramas das unidades, a centralidade da consulta médica no processo de trabalho das equipes. À exceção da coleta de Papanicolau, não eram oferecidas outras modalidades de atenção para o ingresso de rotina dos usuários no serviço. Em algumas equipes, os enfermeiros faziam o primeiro atendimento dos pacientes dos grupos programáticos com o objetivo de coletar dados de anamnese, solicitar exames de protocolo e fornecer algumas orientações para agilizar a consulta médica, mas era a partir desta que se definia a programação para o seguimento dos pacientes: consultas de enfermagem e grupos de orientação, encaminhamento para outros serviços, retornos em consultas médicas etc..

Nesse aspecto, então, guarda semelhanças com a forma de organização tradicional das unidades básicas de saúde, baseada no predomínio da oferta de assistência individual centrada no saber clínico.

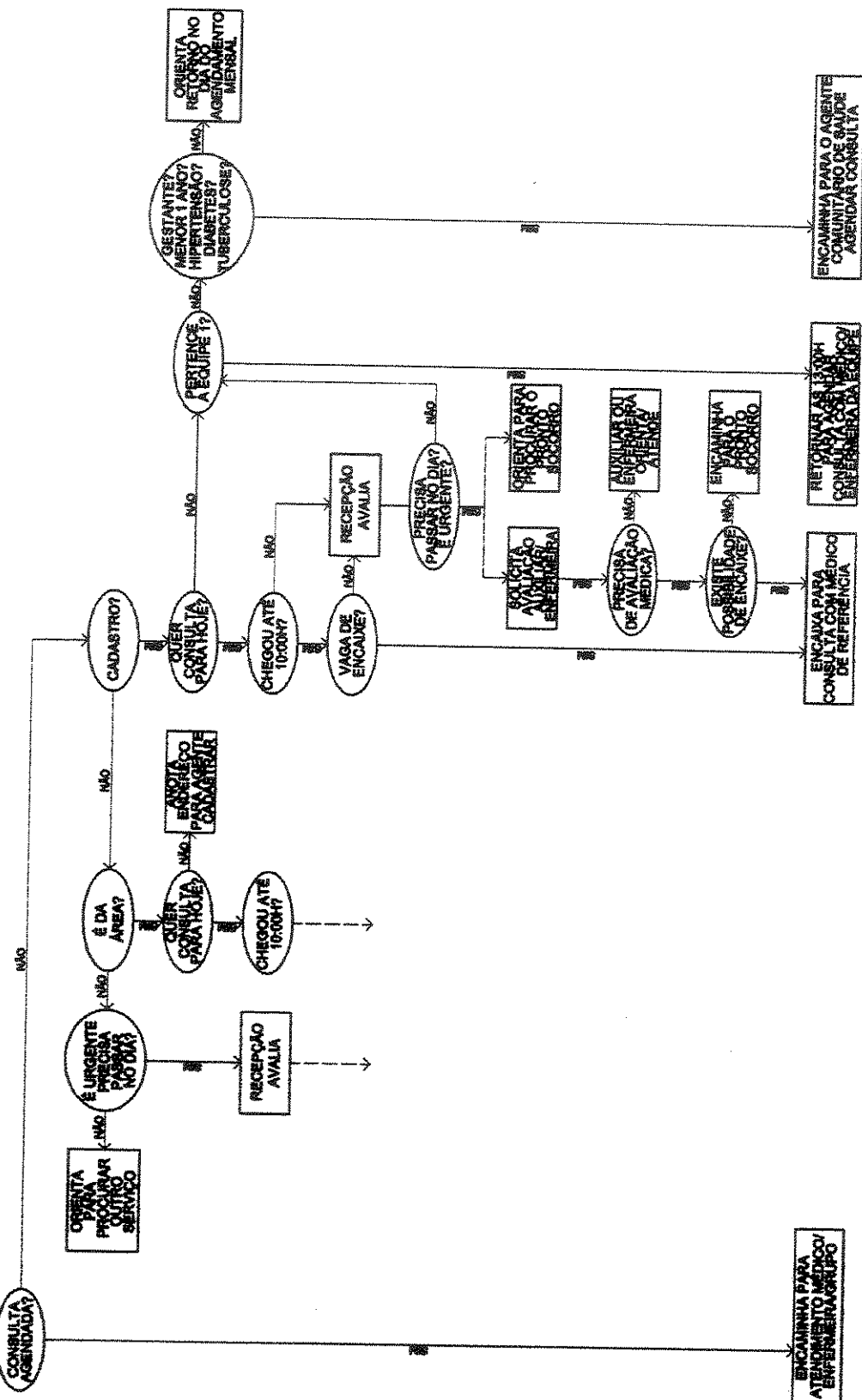
Há, porém, um diferencial importante em relação à organização tradicional das unidades: os agentes comunitários de saúde que nas visitas domiciliares identificavam casos que necessitavam de acompanhamento e atendimento médico ou de enfermagem, constituindo-se em uma outra via de acesso ao atendimento.

Os agentes eram também uma referência para a população da área, sendo freqüentemente procurados para solicitar um atendimento domiciliar, agilizar o agendamento de uma consulta, ou ainda exames ou encaminhamentos para especialistas, desempenhando, assim, o papel de intermediários no contato do usuário com a equipe e, principalmente, com o médico.

[illegible]

As Unidades e as equipes Investigadas

USUÁRIO
PROCURA
SERVIÇO

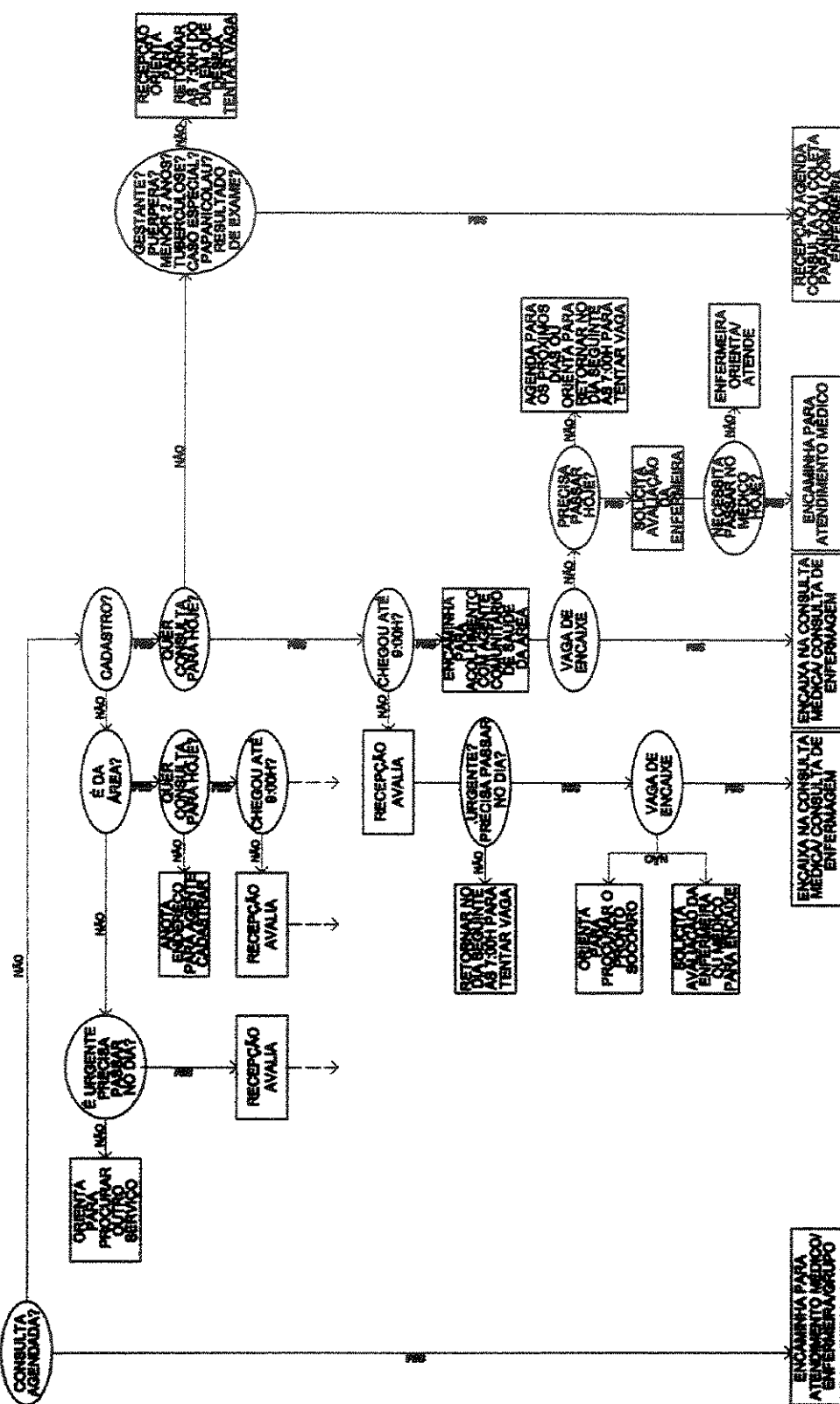


USUÁRIO PROCEDE AO SERVIÇO

↓

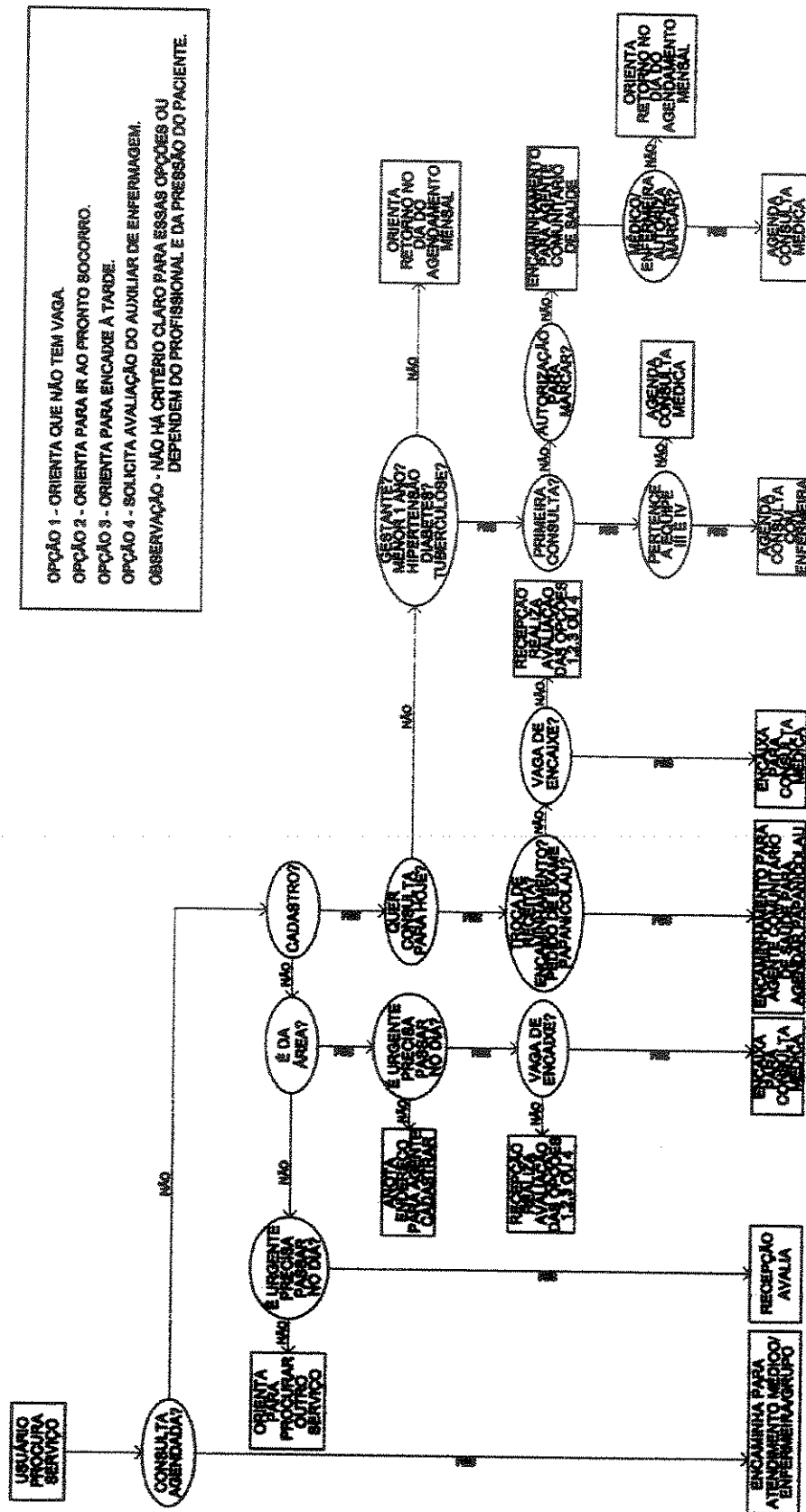
CONSULTA AGENDADA?

→ NÃO

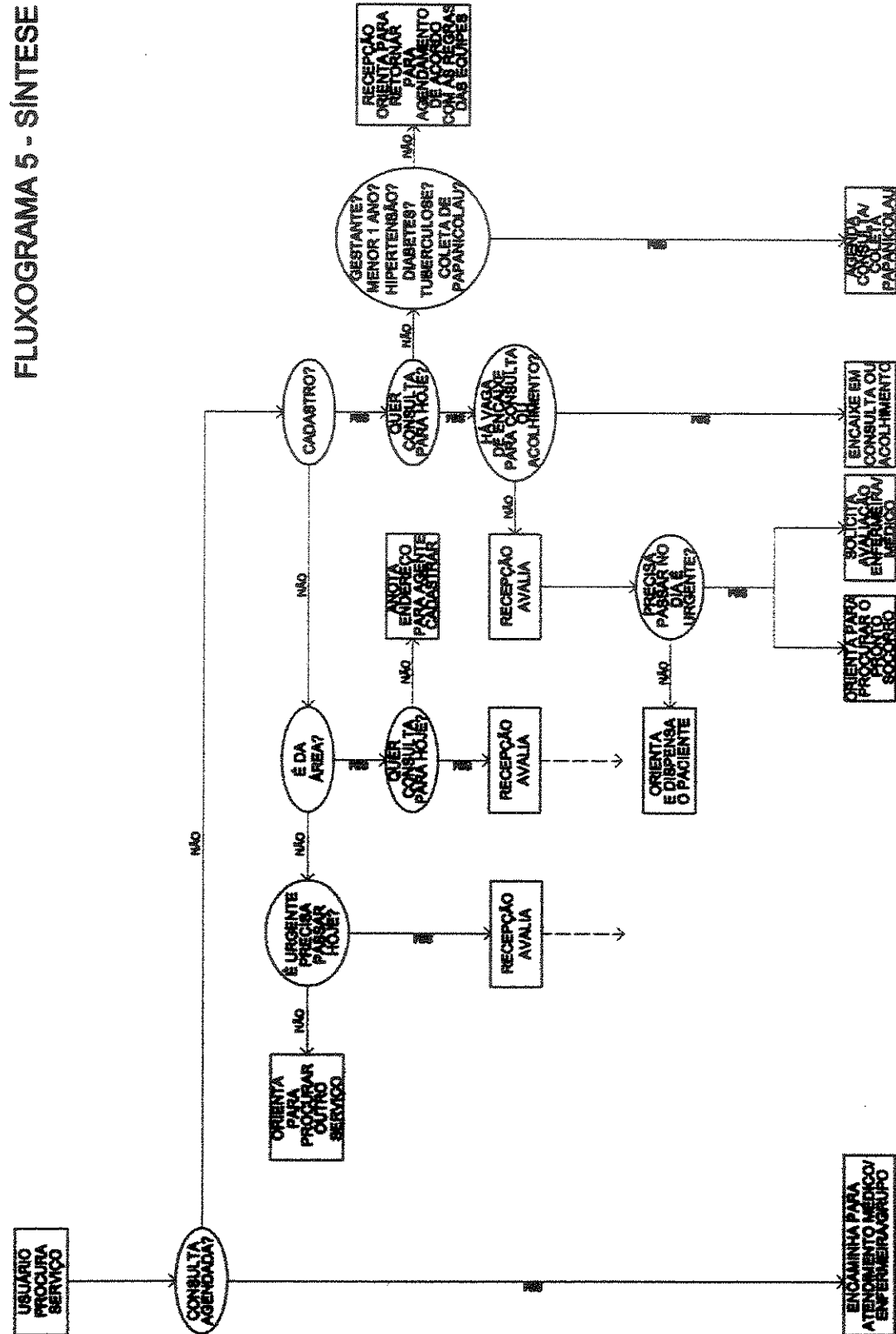


As Unidades e as equipes Investigadas

FLUXOGRAMA 4 - UNIDADE DE SAÚDE IV



FLUXOGRAMA 5 - SÍNTESE





*Cada indivíduo é único e cada indivíduo é inúmeros
indivíduos que ele não conhece.*

Octávio Paz

7. OS MÉDICOS E AS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

7.1. OS MÉDICOS SELECIONADOS

Apresentamos, a seguir, de maneira sintética, a temática central do depoimento de cada médico quando estimulado a discorrer sobre o trabalho no programa QUALIS. Conforme combinado com os profissionais, para não permitir a sua identificação, utilizaremos nomes fictícios.

É importante ressaltar que, apesar das dificuldades enfrentadas no cotidiano, todos eles se mostravam entusiasmados com o trabalho e enfatizaram em seus discursos os aspectos positivos da proposta.

Dra. Alba

Formada pela Faculdade Souza Marques em 1992, no Estado do Rio de Janeiro, não fez residência nem especialização. Trabalhou como médica do trabalho por um ano e, em 1994, entrou para a Pós-Graduação de Medicina da Família na UNIRIO, a qual não chegou a concluir porque teve de se mudar para São Paulo. Ingressou no QUALIS em 1996, atraída pelo salário e pela possibilidade de uma prática que propiciasse maior satisfação profissional. Após o ingresso no projeto, fez um curso de homeopatia, utilizando parte das suas horas de formação e capacitação. Atualmente trabalha também no terceiro período como médica de uma unidade básica de saúde estadual.

Gosta do trabalho de médica de família, principalmente por sentir-se uma referência para os pacientes, que sempre a procuram para pedir orientação e opinião sobre recomendações recebidas de outros especialistas. Expressa, no entanto, a pressão que sofre: *“Espera-se muito do médico, tanto da parte da equipe como do paciente”*.

Dra. Alba destaca que a construção de um trabalho em equipe é um exercício cotidiano e difícil. Quando chegou a essa unidade, teve dificuldades para se adaptar, uma vez que o médico anterior possuía um estilo diferente de trabalho e de relacionamento, mas aos poucos foi se integrando a ponto de hoje avaliar que o trabalho conjunto é satisfatório.

Embora considere a proposta de trabalho interessante, destaca que na maior parte do tempo está envolvida no atendimento de consultas individuais, desenvolvendo poucas atividades de promoção e prevenção, o que, nesse sentido, pouco se diferencia do trabalho em unidades básicas tradicionais.

Na entrevista, ao refletir sobre suas expectativas com a medicina e com o trabalho, a médica chegou a chorar, pois tem enfrentado muitas dificuldades para ser uma profissional generalista. Para manter determinado nível salarial, tem trabalhado no terceiro período, o que dificulta a convivência com a família. Os locais onde trabalha são distantes. Sai cedo de casa e só retorna muito tarde. Após um ano sem férias, sente que tem *“descompensado facilmente”*.

A temática central de seu depoimento é o grande desgaste com o trabalho, decorrente tanto do volume de atendimentos (no QUALIS e no terceiro turno) quanto dos casos complexos que a desestruturam emocionalmente e *“mexem com os meus limites”*.

Avalia que há pouco espaço para discutir o cotidiano, falar dos problemas na condução dos casos, dos vínculos que se estabelecem, das dificuldades de lidar com as famílias, enfim do sofrimento no trabalho. Sente falta do apoio de outras áreas, sobretudo dos profissionais de saúde mental, identificando este como um limite importante do projeto.

Dr. Pedro

Formado em 1992 no Rio de Janeiro, na Faculdade de Medicina Gama Filho, Dr. Pedro fez residência de clínica médica. Trabalhou no programa de médico de família na cidade de Niterói, mas se mudou para São Paulo em busca de melhores salários. Ingressou no QUALIS há cerca de três anos. Na ocasião da entrevista, também trabalhava em uma outra unidade do Estado, no terceiro período.

Considera a responsabilidade pelo atendimento às intercorrências um grande problema no projeto, agravado pela falta de retaguarda dos níveis de maior complexidade. Na prática, tem se restringido mais ao atendimento clínico, desenvolvendo poucas atividades de promoção e prevenção e realizando poucos grupos. Acredita que *“não é possível fazer as duas coisas - ser médico de família e atender às intercorrências”*.

Segundo ele, o formato da equipe do QUALIS, com os agentes comunitários, é melhor que a proposta de Niterói, onde a equipe era composta apenas pelo médico e pelo auxiliar de enfermagem. No entanto, considera que lá havia uma melhor retaguarda para o

médico de família, com uma unidade de referência respondendo pelo atendimento das intercorrências, o que diminuía o desgaste com o trabalho.

A temática principal de seu depoimento é o desgaste físico e emocional do médico de família, tanto pelo grande número de atribuições e responsabilidades quanto pela alta demanda de atendimentos. Avalia que a proposta, de fato, muda a forma de atender do médico, ampliando o seu contexto de atuação, contudo o desgaste diminui o tempo de *“vida útil dos profissionais”*.

Dr. Marcos

Formado na Universidade Federal da Paraíba em 1997, Dr. Marcos fez residência de clínica médica no Hospital do Servidor Estadual em São Paulo. Trabalhou por alguns meses como médico de família em um município da Grande São Paulo. Ingressou no QUALIS em 1999. No momento da pesquisa, estava terminando a formação em acupuntura e trabalhava, no terceiro período, em um serviço municipal.

Trata-se de um profissional bastante entusiasmado com o projeto. Considera o trabalho em equipe e o envolvimento com a população os aspectos mais positivos da proposta, no entanto, ressalta que o nível de stress do médico é muito grande, por causa das diversas atribuições e responsabilidades e das cobranças externas e internas – *“as exigências são de um super-homem e o vínculo é muito forte (...), se o sujeito tiver alguma sensibilidade se angustia muito”*.

Acredita que o calcanhar-de-Aquiles da proposta seja a necessidade de oferecer pronto atendimento, principalmente nas unidades onde as condições de vida da população são precárias e o nível de dependência do SUS muito grande. Sente muita dificuldade de negar atendimento aos que procuram a unidade com alguma intercorrência, porque acha que a maior parte dos problemas dessa demanda pode ser resolvida. Expressa que *“seria ótimo atender só prioridade, mas não é por aí”*. A carga de atendimento que enfrenta é muito grande, extrapolando, com frequência, no período de quatro horas, o número de 20 consultas.

Dra. Marina

Formada em 1993 pela Faculdade de Medicina de Vassouras, do Rio de Janeiro, iniciou residência médica em cardiologia no Hospital Beneficência Portuguesa/SP, o qual cursou apenas durante quatro meses. Frequentou um curso de especialização em homeopatia durante um ano e meio, mas não chegou a concluí-lo, e fez especialização em medicina do trabalho na Faculdade São Camilo.

Depois de formada, trabalhou como médica clínica e do trabalho em uma rede de convênios médicos, sempre como autônoma. Interessou-se então em trabalhar no Projeto QUALIS pelas vantagens salariais e de direitos trabalhistas do contrato em regime CLT, além da possibilidade de aprendizagem fornecida pelas reciclagens e treinamentos em serviço. Desde março de 1998, quando ingressou no QUALIS, permanece na mesma unidade e com a mesma equipe. Trabalha ainda alguns dias, no terceiro período, como autônoma em convênio médico.

Avalia como bastante satisfatória a experiência de ser médica de família e poder acompanhar os casos a longo prazo. Sente-se muito estimulada pelo trabalho em equipe e pelo desafio de organizar o atendimento para a população de sua área de atuação. Valoriza os espaços de discussão por possibilitar *“integrar o trabalho e desenvolver uma linguagem comum”*. No momento da pesquisa, não possuía nenhum período reservado para formação, utilizando sete períodos da semana para atendimento de consultas individuais.

A médica aponta como ponto crítico do programa a alta demanda e o grande número de consultas de pronto atendimento, os quais dificultam o controle adequado e o acompanhamento dos grupos prioritários. Dessa forma é *“muito difícil fazer prevenção”*. Questiona também a falta de programação do projeto para reciclagem e treinamento de profissionais, os quais, como ela, já realizaram a capacitação básica.

Dra. Berenice

Formou-se em 1992 pela Universidade de São Luís do Maranhão, onde também fez residência de clínica médica. Nessa cidade trabalhou no Programa de Saúde da Família, primeiro como médica, depois como coordenadora de uma unidade. Quando se

mudou para São Paulo, procurou trabalho como médica de família. Ingressou no QUALIS em outubro de 1998, mantendo-se na mesma unidade desde então. Estava, na ocasião da entrevista, cursando a especialização em saúde da família na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

A Dra. Berenice avalia como mais adequada a proposta de sua experiência anterior como médica de família, voltada fundamentalmente para o atendimento programático, pois possuía maior controle sobre o trabalho e os grupos prioritários. Entende que a prioridade do programa de São Paulo está invertida, uma vez que é muito dirigida para o atendimento da demanda do dia, para as consultas individuais, ficando em segundo plano o trabalho com grupos e as visitas domiciliares.

A temática principal em sua entrevista é a questão de que a ênfase do programa deveria estar na prevenção, na vigilância e no acompanhamento de grupos prioritários, com o atendimento dos pacientes preferencialmente no domicílio. Os limites de tempo dificultam as reflexões, as avaliações sobre o trabalho e o efetivo controle dos grupos prioritários: *“Pressionada pela demanda, a gente acaba não fazendo prevenção ou indo atrás dos grupos de risco como deveria”*.

Para a Dra. Berenice, o trabalho como médica de família é gratificante pelos problemas que consegue resolver. Ela se sente *“muito querida, respeitada e apoiada pela população”*, mas também ressalta a grande sobrecarga que é atender a demanda do dia, a programática e os acamados.

Dra. Camila

Formada em julho de 1989 na Faculdade de Teresópolis, no Estado do Rio de Janeiro, não fez residência médica. Trabalhou como pediatra em diversos serviços de convênios e cooperativas e fez especialização em medicina do trabalho. Ingressou no QUALIS em janeiro de 1999, atraída pela proposta salarial, sem que tivesse antes trabalhado em uma unidade básica de saúde.

Sente-se bem-realizada como médica de família, apesar de ver-se com necessidade de treinamento ainda em diversas áreas, principalmente em ginecologia. Gosta *“das atividades de grupo de puericultura e do trabalho com as gestantes e puérperas”*. Considera a comunicação um problema, tanto a interna, entre a chefia e as equipes, quanto a externa, pois é comum os profissionais receberem informações atrasadas sobre cursos e reciclagens, inviabilizando a participação.

A temática central de seu depoimento se refere ao questionamento da necessidade de acolher e oferecer atendimento às intercorrências das famílias cadastradas. Além de o número de famílias por equipe ser muito grande, sempre há falta de médicos na unidade, sendo preciso fornecer retaguarda às famílias já cadastradas das outras equipes, o que, simultaneamente sobrecarrega e inviabiliza o projeto, tornando mesmo *“difícil conhecer todas as famílias da minha área”*.

Dra. Flávia

Formada em 1999 pela Universidade Federal de Recife, ainda não havia cursado residência médica. Trabalhou por alguns meses, logo depois de formada, como médica de família num município vizinho a Recife. Mudou-se para São Paulo, ingressando após alguns meses no QUALIS, onde estava, no momento da pesquisa, havia sete meses.

Optou por trabalhar no programa de saúde da família, pois visualiza nessa proposta a possibilidade de realizar uma medicina voltada para o doente: *“a possibilidade de ver o paciente em um todo e oferecer uma atenção integral”*. Todavia, o grande número de famílias vem impossibilitando ver os seus pacientes como gostaria, realizando, na maior parte do tempo, um pronto atendimento: *“Tenho que diminuir o tempo para atender a todos (...), tenho que me apressar (...), o que me deixa particularmente angustiada, transtornada”*.

A médica avalia o trabalho em equipe como um dos pontos fortes do projeto e como bastante satisfatório o fato de ser o médico de todos de uma família. Apesar das dificuldades, acredita ser possível oferecer uma atenção de boa qualidade.

Além disso, traz como temática importante a necessidade de melhorar a retaguarda de especialidades médicas e da área de saúde mental, considerando a capacitação fornecida pelo serviço insuficiente, o que a faz sentir necessidade de se qualificar mais, cursando uma especialização ou residência.

Apesar de esta amostra não ter a finalidade de estimar proporções e permitir análises quantitativas, podemos perceber, nas características dos profissionais selecionados aqui, tendências semelhantes às encontradas por MACHADO (2000) em seu estudo sobre o perfil dos médicos de família no Brasil.

Essa autora aponta que 63,4% dos médicos de família no Brasil estavam formados havia menos de catorze anos, apenas 31,7% haviam concluído residência médica e cerca de 45,5% mantinham outros vínculos empregatícios. A maioria dos médicos selecionados estava formada havia menos de dez anos, mais da metade não possuía residência médica e muitos mantinham outros vínculos empregatícios.

Apresentamos, a seguir, a concepção dos médicos a respeito do trabalho nas equipes de saúde da família.

7.2. UM TRABALHO DIFERENTE E GRATIFICANTE

Dos médicos selecionados nesta pesquisa, alguns disseram ter sido atraídos pela proposta salarial e pelas condições de trabalho do projeto (aqui incluída a possibilidade de formação em serviços e contrato de trabalho), e outros pela possibilidade de exercerem uma medicina mais integral e humanizada. Todos, apesar das diferentes motivações para o ingresso no programa, no momento da entrevista, avaliaram positivamente o trabalho que realizavam, apresentando-o como muito envolvente e gratificante.

Em seus discursos, os médicos entrevistados foram unânimes em definir o trabalho nas equipes de saúde da família como diferente, porque prevê abordar o indivíduo dentro do seu contexto familiar e social, incorporar a prevenção e intervir nas causas de morbimortalidade. É interessante notar que essas características, que seriam as esperadas de uma boa prática médica na atenção primária, foram consideradas como atributos exclusivos desse projeto.

De fato, podemos considerar que encontrar esse discurso de forma homogênea entre os médicos significa um diferencial, pois em geral esses profissionais possuem uma concepção mais restrita do que seria a finalidade do seu trabalho nos serviços de atenção básica. MENDES-GONÇALVES (1994), em seu estudo sobre as características tecnológicas do processo de trabalho na rede de centros de saúde em São Paulo, descreve que os médicos consultantes desses serviços apresentavam uma visão de sua atuação mais restrita à dimensão curativa, com poucas referências à preventiva.

Em nosso estudo anterior, realizado nas unidades de Diadema, os médicos concebiam, em seus discursos, que deveriam ter uma atuação mais ampla sobre as necessidades dos pacientes e que a finalidade do trabalho nas unidades básicas incorporava atividades de prevenção, porém estas últimas deveriam, fundamentalmente, ser realizadas por outros profissionais (CAPOZZOLO, 1997).

A organização do trabalho no Projeto QUALIS parece contribuir para um discurso mais amplo. Ao contrário da organização tradicional das unidades básicas de saúde, onde o médico, predominantemente, restringe-se ao atendimento no consultório e exerce seu trabalho, de certa forma, isolado dos demais profissionais, no projeto é necessário sair do consultório, realizar visitas domiciliares, grupos, participar de reuniões de equipe, pensar não apenas no seguimento e na resolução clínica dos casos, mas também no contexto familiar, na prevenção e promoção da saúde.

Os profissionais destacaram que, nesse trabalho, *“o vínculo era diferente”*, referindo-se ao fato de que estabeleciam uma outra relação de responsabilidade com a população que atendiam. Suas preocupações não se restringiam somente às pessoas, mas incorporavam a *“preocupação com a família”*, com o *“contexto mais geral”* do paciente, com *“intervir nas causas”*.

“Tem um vínculo diferente com o usuário (...), ele tem outras formatações dentro do contexto social, pertence a uma família, não é só um indivíduo (...). Eu tenho que ver o paciente, dentro dessa família (...), tenho que ver as estruturas que comportam esse ser, e a relação com o social” (Dra. Flávia).

Os entrevistados referiram conhecer muitos pacientes pelo nome, sabendo então das condições em que viviam, dos problemas que enfrentavam. Se preocupavam também em saber sobre os resultados de suas orientações e prescrições, sobre sua evolução clínica: *“O esquema de trabalho auxilia a perceber necessidades. Conheço os pacientes pelo nome, sei onde moram e as condições que moram (...), tenho na ponta da língua o que os pacientes estão precisando (...) e também sei que não pode ser do meu jeito (...), tenho que adequar as minhas orientações (...). A gente se preocupa se voltou ou não na consulta”* (Dra. Marina).

Alguns profissionais afirmaram em seus depoimentos que os pacientes não eram vistos como *“mais um número”*. A proposta do programa, com uma adscrição da clientela e com atribuição de responsabilidade pelo seu seguimento, ajudava a estabelecer vínculos e contribuía, na opinião dos médicos, para que se estabelecesse uma relação de proximidade e de confiança: *“Conhecemos os pacientes e eles confiam no que dizemos (...); o vínculo é bem legal”* (Dr. Pedro).

Além disso, observaram que o fato de atenderem todos da família também valorizava o médico, *“aumentava a confiança e a segurança”* dos pacientes e, ao possibilitar cruzar informações das diversas pessoas da família, auxiliava no diagnóstico e na condução dos casos.

Os profissionais sentiam que seu trabalho era valorizado pelo retorno que recebiam das pessoas que atendiam. Eram reconhecidos no bairro e recebiam muitas demonstrações de carinho e de afeto, sendo frequentemente identificados como *“o meu médico”*, o que para eles era motivo de grande satisfação.

Alguns, ressaltando a relação de proximidade que estabeleciam com os usuários, relataram o apoio recebido em momentos de dificuldades pessoais (doenças, falecimento de familiares, separação etc.), como bem ilustra o depoimento da Dra. Berenice:

“Quando minha filha foi internada, senti um apoio muito grande (...); muitas pessoas fizeram orações para que ela se restabelecesse (...), foram me visitar, trazendo alguma comida (...). Se eu tiver que sair daqui, vou sentir muito”.

Também consideraram muito gratificante o fato de serem referência para os pacientes no acompanhamento de seus problemas de saúde, como disse a Dra. Alba: *“É prazeroso ser referência para o paciente, ver que, mesmo quando ele vai para o hospital numa situação de urgência, retorna depois para ouvir minha opinião”*.

As visitas domiciliares foram apontadas como uma importante diferença deste trabalho. Os entrevistados acharam que essas visitas levavam a um contato maior com a realidade de vida das pessoas e permitiam perceber “coisas” que normalmente não seriam percebidas no consultório, como as condições de moradia, as relações entre as pessoas da casa, o cuidado que os pacientes recebiam, sendo possível até, como refere o depoimento abaixo, identificar “*maus-tratos sutis*”.

“Na visita sempre acabo percebendo mais alguma coisa (...), tem algum ponto que chama atenção (...), tem algo mais além do paciente (...). No consultório fica mais teatral, o paciente vem com um papel a desempenhar (...). A irmã de uma paciente com demência, que no consultório parecia ser bastante carinhosa no cuidado dessa paciente (...), na casa, pela forma agressiva que penteou o cabelo dela, percebi que tinha algo errado (...); são detalhes que fazem a diferença” (Dra. Alba).

Os médicos, em todas as unidades, visitavam predominantemente as pessoas que tinham dificuldades de ir à unidade. Ressaltaram nos seus depoimentos que se sentiam particularmente úteis nessa atividade, pois percebiam a importância das visitas para os pacientes, não só para o tratamento “*dos seus problemas clínicos*”, mas para oferecer um certo “*conforto e ânimo*”. Com frequência, recebiam demonstrações de reconhecimento por esse atendimento, o que os deixava extremamente recompensados. A Dra. Alba exemplificou como gratificante a fala desta senhora: *“Sinto muita falta quando vocês não passam por aqui (...), vocês tem muita paciência comigo”*.

A presença do médico no domicílio, pelo poder que possui no imaginário da população desempenha importante função terapêutica e reforça o “*vínculo*”. No modelo tradicional das unidades de saúde, apesar de existirem visitas domiciliares, os médicos apenas eventualmente participam delas, ao contrário do Programa, em que estão incluídas na sua rotina semanal de trabalho.

Sendo assim, o domicílio era identificado como local privilegiado para a percepção das condições concretas de vida do paciente, para detectar eventuais relações da doença com a sua forma de viver, para checar informações fornecidas no consultório. E, pelo cruzamento com outras pessoas que convivem com o paciente, também um local privilegiado para a percepção da dinâmica familiar, de relações que auxiliam ou dificultam a recuperação do paciente.

O esquema de trabalho ajudava então a se perceber melhor as necessidades dos pacientes. Além das visitas, as trocas de informações com os diversos profissionais da equipe, principalmente com os agentes comunitários, permitiam, na opinião dos médicos, maior compreensão dos motivos relacionados aos adoecimentos e também do indivíduo como um todo. Muitos profissionais relataram que, após ingressarem no Programa, passaram a considerar mais as dificuldades de vida dos pacientes nas suas intervenções, buscando adequar suas condutas e prescrições à realidade de cada um.

“O programa propicia que se tenha conhecimento dos problemas que acontecem na vida do paciente e da família (...); a gente consegue descobrir o porquê dos problemas, ajuda a ver o indivíduo como um todo” (Dra. Alba).

O trabalho nas ESFs foi considerado pelos profissionais como interessante pela possibilidade de acompanhar os pacientes ao longo do tempo e de avaliar os resultados das suas intervenções, de verificar se houve ou não adesão às orientações e ao tratamento. Como afirma a Dra. Marina: *“o mais positivo é a continuidade do trabalho, com o acompanhamento dos pacientes (...), que permite seguir, avaliar o resultado das condutas”*.

A continuidade da atenção e o seguimento dos casos ao longo do tempo é uma característica do trabalho nesse nível de atenção. Em nosso estudo anterior, os médicos de Diadema também apontaram este como um aspecto positivo do trabalho nas unidades básicas, no entanto, aqui a diferença é que há uma adscrição de clientela e mecanismos que oferecem maiores possibilidades de controle e vigilância dos casos (CAPOZZOLO, 1997).

De fato, além dos retornos nas consultas, os médicos apontaram que era possível avaliar a evolução dos pacientes através das visitas dos agentes comunitários, o que consideravam como uma diferença importante em relação aos outros lugares onde já haviam trabalhado.

Outra característica ressaltada também como bastante positiva foi o fato de o trabalho ser realizado em equipe, na qual a divisão de atribuições entre os diferentes profissionais contribuía para o acompanhamento dos casos atendidos, *“potencializando a atuação”* do médico e possibilitando uma visão mais global do paciente. Na equipe, destacaram o papel especial dos agentes de saúde, que traziam *“a realidade de vida dos pacientes”*, auxiliavam no acompanhamento do caso e na multiplicação das informações. A existência dos agentes foi identificada como uma particularidade do projeto e como a grande *“diferença do programa”* (Dr. Marcos).

“O trabalho em equipe é um avanço, apesar de ser difícil (...). É bom partilhar tarefas, sentir que todos estão voltados para a atenção ao paciente (...), criando possibilidades ” (Dra. Marina).

Os médicos demonstraram nos seus depoimentos conhecer em detalhes o trabalho dos demais profissionais e suas finalidades, o que se diferencia do padrão hegemonicamente encontrado nos serviços, quando, em geral, os médicos sabem pouco dos demais trabalhos (MENDES-GONÇALVES, 1994; PEDUZZI, 1998; CASTANHEIRA et. al., 2000).

Vários profissionais destacaram que atendiam muitos casos complexos em conjunto com a equipe, como de idosos abandonados, pacientes acamados, famílias com problemas sociais e de saúde graves, casos de violência doméstica, entre outros. Apesar do desgaste que esses casos provocavam, sentiam-se altamente recompensados quando as intervenções eram bem-sucedidas. Em todas as equipes, ouvimos relatos de intervenções que foram motivo de grande satisfação profissional.

Uma análise mais detalhada do trabalho em equipe faremos adiante, mas agora queremos destacar que, para a maioria dos médicos, o resultado do trabalho conjunto com os demais profissionais que se expressava pela maior aderência ao tratamento de pacientes crônicos, pelo controle dos níveis pressóricos dos hipertensos, pelo aumento do período de

aleitamento, pelo aumento da cobertura vacinal, de pré-natal, entre outros foi considerado bastante recompensador.

Apesar de avaliarem que o projeto possuía diversos limites e dificuldades, conseguiam resolver e tratar muitos problemas de saúde: *“Mesmo com os atropelos, a gente consegue resolver muitas coisas (...); o pouco que tem é bastante usado”* (Dra. Camila).

Os médicos se referiram ao seu trabalho nas equipes de saúde da família como gratificante, pois atendiam uma população desassistida. Percebiam que atuavam *“amenizando dores e sofrimento”* e contribuíam com suas intervenções para melhorar as condições de saúde dessa população. Sentiam-se como uma referência importante para a população e também para a equipe, e percebiam que desempenhavam um papel central no projeto.

Alguns médicos em seus relatos ressaltaram que o trabalho no programa provocou mudanças em suas *“posturas”* profissionais, nas formas de *“olhar”* os problemas de saúde do paciente, produzindo um compromisso com este além do atendimento clínico.

“Muda a forma de atender (...), a gente acaba tendo um olhar diferenciado (...), acaba tendo uma preocupação mais ampla (...); tem uma postura e um compromisso não só voltado para a prática clínica, para o pontual (...), mas para o contexto mais geral, e aí acho que muda muito (...), dá uma outra postura ao profissional” (Dr. Mário).

Esses profissionais passaram então a incorporar na sua prática, independente do local onde estavam trabalhando, uma maior preocupação com os aspectos preventivos e com um atendimento mais amplo, como expressou a Dra. Alba: *“Trabalho em outra UBS no terceiro período e, apesar de lá ser só Pa, não consigo deixar de perguntar se as pacientes fizeram papanicolau, mamografia; peço controles periódicos”*.

É interessante observar que a maior parte dos médicos entrevistados se referiu com muito orgulho ao trabalho desenvolvido, demonstrando entusiasmo com o projeto. Alguns acharam um privilégio vivenciar a experiência de trabalhar nas ESFs: *“Tenho claro que é uma oportunidade participar deste programa, apesar dos limites e das dificuldades”* (Dra. Marina).

No geral, os profissionais consideraram ser esse um trabalho pioneiro. Alguns, mais enfáticos, afirmaram tratar-se de um avanço no que seria o futuro da prática médica. Sentiram-se, pois, estimulados pelos desafios de tentar responder aos seus objetivos e finalidades: *“Estamos dando um passo à frente em termos de medicina, buscando entender onde o paciente vive e estabelecer uma boa relação, mexer nas causas das doenças”* (Dra. Flávia).

Durante nossa investigação de campo, constatamos que o entusiasmo com o Projeto QUALIS estava presente também na maioria dos outros profissionais que compunham as ESFs. Todos gostavam de falar das atividades que realizavam e dos projetos futuros que pretendiam empreender. A proximidade da realidade e as diversas demandas que atravessavam o dia-a-dia das equipes (vindas dos usuários e também da gerência do programa) tornavam o trabalho muito dinâmico e *“vivo”*.

Essa foi uma característica interessante encontrada em nossa investigação: Víamos nos profissionais um sentimento de pertencer ao projeto. Os médicos, em sua maioria, consideravam ser esse um trabalho bem mais envolvente do que aquele que realizavam em outros locais e em outras unidades básicas.

No momento da pesquisa, as condições de trabalho predominantes nas demais unidades básicas de saúde do município de São Paulo eram, de fato, bem diferentes das encontradas nas unidades dos Projetos QUALIS: níveis salariais inferiores, poucos investimentos na qualificação profissional e na organização do trabalho, serviços predominantemente restritos à oferta de pronto atendimento. Tudo isso os impedia de serem locais de investimento e realização pessoal.

Havia também, por parte dos dirigentes centrais, um grande estímulo e uma valorização do trabalho no projeto, reforçando, em seus discursos, que os profissionais participavam de uma experiência pioneira, a qual deveria produzir bons resultados. De fato, os salários, diferenciados em relação aos profissionais da rede básica, os investimentos nos treinamentos e as reciclagens eram indicativos de valorização.

De qualquer forma, além das objetivas condições de trabalho, mais favoráveis do que as da rede tradicional, a proposta de organização das ESFs parecia estimular o envolvimento dos médicos e também dos demais profissionais com a construção,

organização e resultado do seu trabalho. Como ressaltou esta médica, não era possível trabalhar no projeto e deixar de se envolver: *“O médico, por mais que não queira se envolver, é obrigado a se envolver”* (Dra. Alba).

Embora o entusiasmo, o envolvimento e a identificação com o projeto por parte dos médicos aqui selecionados, particularmente importante para os nossos objetivos, possam não ser, necessariamente, os mesmos dos demais profissionais do projeto, uma vez que selecionamos para o estudo as equipes que tinham uma boa adesão às propostas do programa, essas parecem ser características próprias daqueles que permanecem mais tempo nele engajados.

Para esta gerente, de fato, só permanecem os médicos que aceitam as mudanças que tal trabalho exige e conseguem ter algum grau de identificação com a proposta: *“Este trabalho exige muito envolvimento dos profissionais e só permanecem aqueles que tem alguma identificação (...), os que têm uma visão de saúde pública ou que pensam num trabalho mais ligado à população carente”* (Gerente – U.IV).

MACHADO (2000), em seu estudo, notou que a grande maioria dos médicos (98%) das ESFs no Brasil apresentava uma visão bastante positiva do seu trabalho. Consideravam eles que contribuíam para melhorar as condições de saúde da população, o que difere sobremaneira dos resultados encontrados pela mesma autora em pesquisa anterior, na qual os médicos se mostravam desiludidos e desesperançados com o sistema de saúde tradicional e com o futuro de sua profissão.

Apesar de considerarem o trabalho nas ESFs gratificante e demonstrarem um sentimento de identificação com o projeto, diversos eram os problemas e as tensões apontadas, sendo o desgaste, como vimos, um tema central no depoimento dos profissionais. Apesar de ser gratificante, *“as exigências e atribuições eram grandes”* (Dra. Marina).

7.3. MÚLTIPLAS ATRIBUIÇÕES E SOBRECARGA DE TRABALHO

Todos os médicos em seus depoimentos apontaram o número excessivo de famílias como um dos grandes problemas a impedir que o projeto fosse implantado da forma como deveria ser. Relataram que, no dia-a-dia, sofriam uma forte pressão para oferecer mais consultas, ainda que alguns deles já destinassem mais de sete períodos da semana para o atendimento individual: *“Fomos aumentando o número de períodos de consulta e, hoje, já toma 7 períodos e ½, mas tem faltado vagas”* (Dra. Marina).

O aumento de períodos para o atendimento de consulta diminuía o tempo para as demais atividades: os grupos, as visitas domiciliares, as ações de vigilância e as reuniões de equipe. Todos avaliaram que a carga e o ritmo de trabalho diário eram, de fato, muito intensos: *“Muitas vezes, não conseguimos sair do consultório para tomar um café”* (Dra. Flávia).

“A maior parte do tempo estou no atendimento de consultório (...), muito envolvida em oferecer consulta” (Dra. Alba).

Vários afirmaram que não conseguiam realizar todas as visitas necessárias, ficando muitos casos descobertos: *“Não dá para ir atrás de todos que precisariam (...) A pressão por aumentar o atendimento tem diminuído o espaço para a realização das visitas domiciliares (...); está quase ficando como uma unidade comum que quase não consegue nem fazer as visitas domiciliares”* (Dra. Berenice).

Na atividade cotidiana, os profissionais precisavam atender à demanda do dia, à demanda programática, aos acamados, dar retaguarda para os demais integrantes da equipe que solicitavam avaliações, esclarecer dúvidas, produzir relatórios, entre outras atribuições. Vários identificaram que o projeto apresentava exigências de um *“super-homem”*.

“A gente acaba precisando ser meio super (...); além de atender tudo, tem que dar respostas para os funcionários, responder e esclarecer dúvidas (...). E quando eles solicitam uma avaliação do médico, em geral não é à toa (...); tem que ter muita tranquilidade” (Dra. Marina).

A sobrecarga de trabalho, para alguns profissionais, decorria, sobretudo, do fato de terem de responder às intercorrências da população, como expressa este depoimento: *“As exigências são de um supermédico (...), não dá para fazer 1001 atividades (...). Se for para trabalhar o que está no programa, as prioridades dá, o que não dá é para atender a todos e também atender às intercorrências”* (Dra. Berenice).

Havia discordância entre os profissionais se o programa deveria ter como finalidade atender às intercorrências da população. Para muitos, o trabalho deveria ser, essencialmente, para a demanda programática e as prioridades estabelecidas, como expressou a Dra. Berenice:

“O programa deveria ser para o controle e a prevenção e não ser necessariamente porta de entrada para o sistema (...); é distorção do programa o atendimento da demanda (...), controlar é mais importante (...). Não adianta atender mil febres, que se um hipertenso tem um AVC perdeu o sentido do programa (...). Se eu conseguir controlar os hipertensos, diabéticos, gestantes e menores de 2 anos eu já atingiria quase 50% dessa população”.

Atender à demanda espontânea seria então um empecilho para que esses profissionais ofertassem outra abordagem ao paciente, trabalhando com questões educativas que visassem mudança de hábitos e de comportamentos de riscos. Dessa maneira, para eles, *“as unidades que trabalham com o PSF não deveriam ser vinculadas a oferecer pronto-atendimento (...); não dá”* (Dra. Camila).

Considerando que a ênfase do programa era a vigilância à saúde, a atenção à saúde, e não à doença, esses médicos apontaram que havia uma inversão da prioridade, pois a maior parte do seu trabalho e dos demais profissionais da equipe estava centrada em responder à demanda do dia, e não em desenvolver atividades programáticas e ações de prevenção.

Outros profissionais, no entanto, apesar de avaliarem que não estavam fazendo prevenção e controle na medida do que seria necessário, atribuíram isso ao número excessivo de famílias. Concebiam que, apesar de problemático, seria sim atribuição do programa atender à demanda espontânea da população, pois, além de a maior parte das queixas poder ser resolvida na unidade, a prevenção não estava desvinculada do

atendimento às intercorrências, sendo este um momento importante para se investir no vínculo e, conseqüentemente, conseguir maior adesão às orientações e ao acompanhamento programático:

"É um problema porque não dá para desvincular prevenção da consulta de pronto-atendimento e este também é uma forma de pegar o paciente e dar uma continuidade ao trabalho" (Dra. Marina).

Esses profissionais consideravam então que, apesar de a proposta ser interessante, na prática não conseguiam implementá-la pela forte pressão da demanda:

"A proposta é interessante, mas no dia-a-dia não está sendo assim. Há uma discrepância entre o que se propõe e o que se está fazendo (...), há um número excessivo de famílias (...); são pessoas muito pobres, a maioria das famílias não tem convênio (...) e, por mais que se desdobre, não tem como atender (...). A gente não tem suprido a demanda (...). Consegue fazer em grande parte as prioridades, mas da demanda espontânea a gente não consegue dar conta" (Dra. Flávia).

As polêmicas em torno do atendimento às intercorrências nos serviços de atenção básica não são exclusivas dos profissionais do Projeto QUALIS. Em nosso estudo anterior, essas diferentes posições também se apresentavam entre os médicos (CAPOZZOLO, 1997). Como vimos, há um debate no campo da Saúde Coletiva de quais necessidades de saúde deveriam ser priorizadas na atenção primária e quais as melhores opções tecnológicas e arranjos institucionais para responder a essas necessidades.

Responder à demanda espontânea causa tensão no processo de trabalho nesses serviços. Acolher o paciente em suas necessidades, e ser referência nas suas intercorrências clínicas seriam funções das equipes de saúde. Contudo é um grande desafio, como refere CAMPOS (1989), conseguir trabalhar com a demanda espontânea, agregando-se ações que visem aumentar a consciência sanitária e intervir no processo saúde-doença.

No projeto, o número de famílias sob responsabilidade das equipes era de fato muito elevado, principalmente nas áreas onde as condições de vida eram precárias e os recursos de saúde, escassos, o que tornava difícil responder às necessidades de atenção

(programática e intercorrências) dos usuários, ocasionava uma sobrecarga aos profissionais e acabava repercutindo, também, na própria atenção prestada.

O número de atendimentos nos períodos destinados às consultas individuais, em decorrência dos eventuais encaixes e das intercorrências, era muito elevado. Muitas vezes, nas áreas de maior demanda, extrapolava a casa de 40, como explicitou a Dra. Camila: *“Ontem atendi 44 pessoas e muitas outras voltaram sem atendimento (...). Com 1200 é impensável (...). Aqui eram 1.000, depois 1.200 e agora 1.249 (...); acho que pelo menos 400 famílias ficam sem respaldo (...), não se consegue o vínculo desejado”*.

Essa médica ressaltou que o elevado número de atendimentos diários comprometia a qualidade da atenção. As consultas, inclusive as agendadas, tendiam a ser rápidas e dirigidas às queixas e com o exame físico pontual. Diminuía-se então o tempo da consulta agendada para atender à demanda espontânea.

“Há muita pressão para atender (...), a gente fica pressionada (...); o que ocorre é que a gente dá conta de atender mais a queixa, faz na verdade PA, porque não tem condições de ouvir o paciente (...). O número de famílias foge ao alcance do profissional (...), às vezes nem deito o paciente na maca, você viu, né? (...), eu não tenho tempo para isso, para fazer uma boa propedêutica” (Dra. Camila).

Não conseguir realizar o atendimento da maneira como gostariam e como acreditavam que deveria ser, com tempo para escutar o paciente, para fazer anamnese, examinar e orientar, era motivo de angústia para muitos médicos, principalmente para aqueles que identificavam no programa a possibilidade de oferecer uma atenção integral e de boa qualidade aos pacientes. A Dra. Flávia, em seu depoimento, expressou bem os limites que sentia na sua prática clínica em decorrência do pouco tempo que dispunha para os pacientes:

“O PSF seria para humanizar e dar atenção integral, mas, para isso, preciso ter tempo para o paciente. É fundamental abordar os aspectos sociais e psíquicos (...), o eventual também tem que ser examinado (...). Já fiz diagnósticos de Ca de pâncreas (...); era uma criança que passava com outra médica e veio para atendimento eventual (...), aí apalpei a barriga e percebi a massa (...), mas só pode fazer diagnósticos se tiver tempo

hábil para examinar (...); aí, às vezes a gente pode passar por cima de coisas que, se tivesse tempo, conseguiria diagnosticar (...). Isto me deixa particularmente angustiada (...); muitas vezes não consigo perguntar sobre os antecedentes, examinar por completo (...). O PSF vislumbra ver o paciente como um todo, mas é uma possibilidade que eu não consigo fazer porque é muita demanda (...), e isso me deixa transtornada” (Dra. Flávia).

Apesar de os médicos considerarem que, com os retornos, era possível completar as informações e formar um quadro mais completo do paciente, avaliaram que essa grande demanda cotidiana provocava um intenso desgaste físico e emocional, colocando em risco a proposta do programa, como expressou o depoimento do Dr. Pedro:

“Tem um cansaço e um grande desgaste físico e emocional (...); tem dia que atendo 40 pessoas (...), tem que ver tudo, dar conta do agendado e também dar conta das emergências (...). Fica quase que o mesmo tempo para o paciente de uma UBS comum (...); muitas vezes não se consegue olhar para o paciente, não se consegue fechar um raciocínio sobre a família (...). Acho que isso pode fazer o programa não dar certo”.

Os médicos foram unânimes em apontar que estavam sobrecarregados com o volume de trabalho, com a grande quantidade de atendimentos, e desgastados pela tentativa de responder a todas as suas atribuições: atendimento individual, atividades de grupo, visitas, reuniões de equipe, vigilância, ações preventivas, participação em reciclagens, treinamentos etc..

Retornaremos à discussão do trabalho médico e ao desgaste e sobrecarga profissional mais adiante, mas antes desejamos apresentar como vêm ocorrendo o acesso ao atendimento médico e o trabalho em equipe para responder às necessidades de atenção individual e coletiva.

7.4. O ACESSO À ATENÇÃO MÉDICA

7.4.1. O acesso nas unidades do projeto

Na organização do processo de trabalho das ESFs, como vimos, são priorizados o acompanhamento dos grupos programáticos e a realização do exame de papanicolau. Há uma busca ativa dos agentes comunitários, na sua microárea, de pessoas que pertencem a

esses grupos, bem como um trabalho de convencimento para que passem a realizar um acompanhamento sistemático nas unidades.

Todas as equipes fornecem exemplos de pacientes que vieram para o atendimento e passaram a ter acompanhamento regular por insistência dos agentes, tais como mulheres idosas que nunca haviam feito exame de Papanicolau, gestantes que estavam sem acompanhamento de pré-natal; hipertensos sem controle rotineiro etc..

“O programa consegue acompanhar pessoas que antes estavam soltas e sem controle (...); torna mais acessível o médico” (Dra. Marina).

É também através da visita dos agentes comunitários que são identificados e têm acesso ao seguimento vários casos graves e complexos que normalmente não chegariam aos serviços de saúde, tais como casos de deficientes físicos e mentais, de pacientes psicóticos, idosos abandonados e sem cuidados, casos de violência doméstica contra a mulher e as crianças, entre outros.

Como referiu um dos agentes: *“Aqui a gente acaba descobrindo pessoas doentes, que nem sabiam que tinham a doença (...), descobre casos de tuberculose, casos psiquiátricos, pacientes sem cuidados ou medicamentos (...), descobre casos que estavam escondidos” (ACS - U. IV.).*

A busca ativa de casos é uma das características principais, na opinião dos diversos profissionais, que diferencia este programa da unidade básica tradicional: *“A diferença deste programa (...) é que vai na casa buscar os problemas e não fica esperando chegar” (Ger. - U.I.).*

Em todas as unidades avaliou-se que, desde o início do programa, havia uma progressiva cobertura dos grupos prioritários: aumento de gestantes que iniciavam o pré-natal no primeiro trimestre de gravidez, diminuição de crianças com atraso vacinal, aumento de cobertura de Papanicolau, maior agilidade no atendimento de recém-nascidos, aumento do tempo de aleitamento materno, como afirmou o profissional abaixo:

“O bebê consegue ser visitado na primeira semana de vida, a mãe que tem dificuldade de amamentar já recebe orientação na primeira semana (...), as crianças são bem acompanhadas (...), aumentou o tempo de aleitamento (...), conseguimos oferecer um pré-natal mais digno (...), o trabalho é positivo para as prioridades” (Dra. Alba).

Como nos projetos QUALIS, diversos estudos sobre a implantação do PSF relatam, nas áreas de atuação das ESFs, aumento de cobertura vacinal, de assistência pré-natal, do tempo de aleitamento materno e do acesso à consulta médica nas atividades programáticas (D’AGUIAR, 2001; SOUZA, S., 2001; COHEN, 2001; VERAS et al., 2000).

Todos os profissionais, no entanto, apontaram em seus depoimentos como um limite importante a *“falta de cobertura para determinadas faixas etárias”*, e que o programa não conseguia garantir acesso ou *“cobrir todos os que necessitariam de atenção”* (Dra. Flávia).

Para a população que não se encaixava nos grupos prioritários, como vimos, não havia propostas de acompanhamento regular. O depoimento abaixo salienta que, devido à falta de um seguimento mais sistemático de crianças acima de 2 anos, o retorno no serviço a partir dessa faixa etária ocorria apenas em consultas eventuais durante os episódios de adoecimento:

“Crianças de 2 a 5 anos ficam descobertas e acabam retornando muito em consultas eventuais (...) com uma amigdalite, dor abdominal e aí não conseguem agendar consulta para acompanhamento (...); pior ainda a faixa entre 5 e 10 anos (...), aí depois temos (...) muitas adolescentes com gravidez” (Dra. Alba).

O acompanhamento sistemático das crianças acima de 2 anos, além da avaliação da curva de crescimento, é particularmente importante para a identificação precoce de problemas relacionados ao desenvolvimento emocional, da linguagem, cognitivo, os quais podem se refletir em dificuldades escolares e problemas na adolescência, conforme o depoimento acima de Dra. Alba.

Além das crianças e adolescentes, as pessoas idosas, mulheres não-gestantes, enfim, os adultos que não se enquadravam nos grupos de risco também apresentavam dificuldades para o acesso ao acompanhamento. Uma das unidades apenas tinha como

norma garantir o agendamento de uma primeira consulta para essa população; nas demais devia-se tentar vagas no agendamento mensal, o que, nos lugares com maior demanda, nem sempre era conseguido no primeiro mês. A *“dificuldade de agendar consulta”* se constituía numa *“das queixas principais da população (...). A população saudável procura o posto e não consegue agendar consulta”* (Ger. – U.II).

Algumas equipes discutiam propostas de oferta de outras atividades para essa demanda, tais como grupos de orientação para adolescentes, para mulheres em menopausa, atividades com idosos. Mas, no momento da pesquisa, afirmaram que as dificuldades para sua implementação eram grandes, porque ficavam a maior parte do tempo envolvidos no atendimento da demanda e das prioridades.

Os profissionais apontaram também que, apesar de localmente, pelas características da população e de seu perfil de morbimortalidade, alguns grupos populacionais e problemas de saúde se constituírem como mais importantes, tinham de responder às prioridades centralmente determinadas pelo programa. Como referiu este gerente: *“Teria que sair das prioridades definidas”* (Ger. - U.IV).

Assim, consideraram que quase não conseguiam realizar um trabalho de detecção precoce de risco e de atividades de prevenção com os usuários que não se encaixavam nas prioridades: *“Muitas demandas a gente não consegue dar resposta (...); a gente não consegue dar resposta aos aparentemente saudáveis (...), é um problema (...). A gente tinha que estar lidando com prevenção (...), eles estão aparentemente saudáveis, mas daqui a pouco podem estar doentes”* (Dra. Berenice).

Uma via para a pessoa conseguir entrar no serviço, como vimos, era através dos agentes comunitários, expondo o seu problema e pedindo para que conseguissem uma consulta. Em algumas unidades, onde o acesso era mais difícil, alguns *“chegavam a mentir para o agente que tinham pressão alta para poder conseguir consulta”* (Enf. - U. IV.).

Era também freqüente que as pessoas solicitassem ao agente encaminhamento para especialistas, pedidos de exames, troca de receitas etc.. Devido a problemas de vagas para encaixe, era comum que os médicos fornecessem encaminhamentos e solicitassem exames sem que a pessoa tivesse passado por uma avaliação ou sido melhor investigada sobre sua real necessidade de atendimento.

Outra maneira encontrada de ter acesso ao acompanhamento médico era através do atendimento do dia, do acolhimento. A “senha” para entrar então era “ter uma queixa clínica” e, portanto, uma necessidade identificada como uma doença. Segundo o depoimento do agente abaixo, é uma contradição o programa se propor a trabalhar com prevenção e promoção, mas só oferecer vagas para aqueles que estiverem doentes:

“A demanda é muito grande e os médicos não dão conta (...) muitos não conseguem vagas (...), só se estiver doente (...); é uma contradição, e aí muitas famílias recusam até as visitas dos ACS” (ACS - U. I.).

A população que não conseguia agendar consulta representava, na opinião de várias equipes, parte significativa da “procura do dia” para atendimento médico. Como referiu esta enfermeira: *“Muitos dos atendimentos do acolhimento são de pessoas com queixas crônicas (...) que não precisariam passar no mesmo dia” (Enf. – U.-III.).*

As dificuldades de acesso diziam respeito também ao atendimento nas intercorrências. Como observou esta enfermeira: *“A população continua indo ao hospital porque não consegue ser atendido aqui (...); muita gente é mandada embora todos os dias (...), não consegue ser atendida toda a demanda eventual” (Enf. - U.II.).*

Os agentes, em seus depoimentos, ressaltaram como uma queixa importante da população essa dificuldade: *“(...) mesmo as coisas mais comuns não conseguem ser encaixadas, como crise de bronquite (...); aí as mães reclamam e a gente escuta, ouve, orienta, para, se quiser, a gente ajuda procurar outro local, um outro centro de saúde que tem atendimento” (ACS –U. III.).*

Uma pesquisa realizada em unidades dos dois Projetos QUALIS, durante o ano de 1999, sobre utilização de serviços de saúde motivada por episódios de doenças nos últimos 15 dias constatou que mais da metade da população cadastrada no programa (entre 60 e 75%) procurava outros serviços para o atendimento de intercorrências (GOLDBAUM, 2002).

As queixas eram particularmente intensas na unidades IV, onde a atividade de acolhimento havia sido suspensa, gerando até algumas atitudes de revolta da população: *“Antes era durante todo o dia (...), agora tem que chegar cedo, e aqueles que não conseguem vaga saem xingando, tem que ir para o pronto-socorro ou voltar outro dia pela manhã (...); as crianças adoecem, chegam com febre, não passam, e aí, às vezes, passa uma unha encravada (...). Quem chegar primeiro passa (...), é freqüente o povo rasgar o cartão (ACS – U.IV.).*

A demanda por atendimento eventual tende a ser maior, em serviços como a U.IV., em que a população possui condições de vida mais precárias e quase não existem outros recursos de saúde. Como mostra o depoimento a seguir, nesses locais, além de as pessoas adoecerem mais, há uma propensão ao crescimento de famílias, extrapolando o número originalmente adscrito a cada equipe. A migração e o constante aumento e agregação de outros núcleos familiares também são apontados por SILVA (2001), como um importante fator de tensão nesses serviços.

“(...) a demanda é muito grande porque são famílias de classe sócio-econômica baixa com grandes problemas de saúde (...). É uma população doente, com uma grande diversidade de patologias (...), desde as mais corriqueiras até problemas psiquiátricos, deficiência mental, pessoas acamadas, vítimas de violência etc.(...). Além disso, há um número grande de pessoas por família (...), e, pelas próprias condições de vida, as famílias se ampliam. Uma casa se transforma, depois de um tempo, em duas ou três moradias, sub-divide a moradia para parentes, filhos (...). A tendência é haver um aumento da densidade populacional, extrapola as 1.200” (Ger. – U. IV.).

O depoimento abaixo traduz os constrangimentos vividos pelos agentes comunitários e as cobranças que sofriam por parte da população, pelas dificuldades que esta tinha em conseguir consulta e ser atendida nas intercorrências. Muitos ponderavam que, apesar de o projeto ser bom, o que havia sido prometido às pessoas no cadastramento não conseguia ser totalmente cumprido pela equipe.

“O projeto é bom, mas o que prometeu não está cumprindo, e as pessoas cobram a gente de ter vendido um peixe que não tem (...); aí gera revolta (...), depois vai as azulzinhas [agentes] na porta e ela não conseguiu consulta (...); parece político que promete e não vai cumprir” (ACS – U. III.).

Assim, o projeto aumentava o acesso da população aos grupos prioritários, apesar de, em algumas unidades mais periféricas e de alta densidade populacional, existirem ainda problemas para garantir cobertura às prioridades. Ampliava também o acesso à atenção de casos que normalmente não chegam aos serviços de saúde, sendo os agentes um canal extremamente importante para isso. Essas eram ações bastante significativas e reconhecidas tanto pelos profissionais como pela população atendida pelo programa.

O acesso, no entanto, ainda era difícil para parte significativa da população que não se encaixava nos grupos prioritários. E, apesar das diferentes organizações das atividades de acolhimento, as equipes de saúde não conseguiam garantir o atendimento da população adscrita nas suas intercorrências.

Se podemos discutir a possibilidade nas unidades dos Projetos QUALIS de oferta de outras modalidades de atenção para o acesso e o acompanhamento no serviço (grupos, atividades de enfermagem), de diferentes formas de organizar o processo de trabalho e a atenção oferecida de modo a possibilitar formatos mais adequados de atenção, que não realimente a demanda por mais atendimento médico, o número de famílias adscritas em cada equipe se caracterizava como um limite estrutural importante para garantir o acesso e o acompanhamento de todos e, como vimos, era motivo de grande sobrecarga e desgaste profissional.

Uma auditoria realizada pelo Tribunal de Contas da União, de acordo com reportagem publicada no jornal *Folha de S. Paulo* em 28 de outubro de 2002, revelou que também em todo país, as ESF estão trabalhando com um número de famílias acima do recomendado pelo Ministério da Saúde (600 a 1.000), chegando, em vários municípios, a ser superior a 1.300 famílias. Foram então apontadas como causas desse elevado número a quantidade insuficiente de equipes/médicos para cobrir as necessidades de atendimento, a

difficuldade de contratação de médicos e o crescimento demográfico das áreas de atuação das equipes, com a sobrecarga dos profissionais (KRACOVICS, 2002).

7.4.2. O acesso aos outros níveis de atenção

Além das questões acima, o acesso aos outros níveis de atenção foi avaliado como problemático por todas as equipes. Havia dificuldades para a realização de alguns exames diagnósticos, de retaguarda especializada e na quantidade de leitos de internação. Como referiu esta enfermeira: *“Os especialistas do QUALIS são limitados, demora uma vaga, mas ainda tem (...), o problema é quando precisa de um procedimento mais sofisticado ou de especialistas que não têm no projeto (...), aí é um problema sério”* (Enf.- U.I).

Esta agente expressou em seu depoimento os problemas de garantia de atendimento nos outros níveis de atenção: *“O que passa do portão para fora é outra coisa (...), não tem retaguarda (...), faz pré-natal e não tem vaga para o parto (...), muitos exames não consegue marcar ou tem que pagar”* (ACS.- U.III.).

Os médicos particularmente ressentiam-se da falta de retaguarda especializada para os casos que acompanhavam na unidade, o que, além de dificultar a resolução e adequada condução dos casos, era motivo de muita pressão e desgaste para os profissionais. Apontaram como importante a dificuldade de referência pública para alguns exames subsidiários, como o ultra-som e a mamografia: *“No dia-a-dia o problema maior é o atendimento à mulher (...); no protocolo, solicita dois ultra-sons na gestação, mas é a maior dificuldade conseguir na rede pública (...). Mamografia também é difícil (...), a gente acaba tendo que encaminhar para fazer particular ”* (Dr. Pedro).

Pesquisa realizada nas unidades dos Projetos QUALIS, já anteriormente referida, indicou que cerca de 20% da população atendida pelas ESFs desembolsava recursos próprios para fazer frente às necessidades de exames complementares (GOLDBAUM, 2002).

De fato, observamos, como já relatado, que em algumas unidades eram fornecidos endereços onde esses exames poderiam ser realizados mediante pagamento, sendo, inclusive, informado o valor cobrado. Dentre os locais indicados para os exames particulares, figurava a própria Casa de Saúde Santa Marcelina, onde, apesar do convênio com a SES/SP, as vagas ofertadas para atendimento pelo SUS eram restritas, mas sempre existiam para os atendimentos particulares ou de convênio.

Uma questão problemática para todas as unidades era a referência para o parto. No QUALIS Fundação Zerbini, a Casa de Parto garantia certa retaguarda aos partos normais, no entanto a dificuldade era grande para os casos que necessitavam de atendimento hospitalar. A orientação fornecida pela enfermeira deste QUALIS a uma gestante que solicitou carta de encaminhamento para a maternidade expressa bem essa situação:

“Nós vamos acompanhar o pré-natal inteiro, quanto você entrar em trabalho de parto, você vai para o Hospital de sua escolha. Não tem carta nem encaminhamento” (Enf. - U.IV.).

As dificuldades de acesso ao parto foram qualificadas como muito preocupantes pelos médicos. Apesar da realização do pré-natal de forma adequada, a falta de uma retaguarda garantida para o parto trazia riscos para a paciente e a criança. A procura de maternidade resultava, algumas vezes, como esclarece o depoimento abaixo, em óbito fetal: *“Humaniza-se o atendimento, mas, na hora de ganhar o neném, fica sem acesso (...). O que me deixa mais preocupado é gestante. A gente faz, às vezes, mais de dez consultas de pré-natal, e o stress é na hora do parto, que não tem para onde encaminhar (...). Às vezes manda procurar alguma referência e a paciente volta, manda e volta, e às vezes volta sem foco”* (Dr. Marcos).

A retaguarda também foi avaliada como crítica para os casos que exigiam internação, principalmente casos cirúrgicos. A articulação/integração dos Projetos QUALIS com os demais serviços públicos de saúde, inclusive com os demais recursos de saúde da SES/SP, durante o momento da presente investigação, era pequena, o que se refletia nas dificuldades de retaguarda para os casos de maior complexidade, sobretudo para as equipes da Fundação Zerbini, que não contavam com um hospital de referência.

“O paciente descompensado vai ser internado aonde conseguir uma vaga (...). Nós não temos referência assegurada, ainda mais porque o QUALIS está à parte (...). Os serviços do Estado e do PAS não aceitam pacientes encaminhados, porque eles acham que o QUALIS é que deveria atender” (Dr. Pedro).

O gerente de uma das unidades, localizada próxima ao limite de outro município, relatou que, com frequência, os casos que necessitavam de internação e atendimento de urgência eram orientados a procurar os serviços do município vizinho, onde o atendimento era mais ágil. Houve até mesmo casos de emergência que foram levados a esses serviços pelos funcionários da unidade em seus próprios carros.

As dificuldades de acesso ocorriam também para os usuários que necessitavam de atendimento em áreas de reabilitação e, principalmente, de saúde mental: *“A referência do projeto é precária para psicólogo, fono, fisioterapia, serviço social” (Enf. U.I.).*

Os agentes apontaram que se sentiam muito angustiados com os casos de saúde mental que não conseguiam atendimento, fonte também de muitas reclamações e cobranças da população: *“A família fica cobrando da gente (...). Quer um lugar para internar ou tratar alcoólatra, pessoas que usam drogas (...); chega até a maltratar a gente” (ACS - U.I.).*

As áreas de reabilitação, no nosso retorno, estavam porém se estruturando, com a montagem de um apoio às ESFs para o diagnóstico precoce e implantação de referências de atendimento nos ambulatórios de especialidades. Em relação à área de saúde mental, no entanto, o quadro era outro. A equipe de profissionais de saúde mental em ambos os projetos era, de fato, bastante insuficiente. O argumento de concentrar os profissionais de saúde mental no QUALIS Santa Marcelina em apenas um distrito para otimizar o cuidado indica o reconhecimento dessa insuficiência, mas, por outro lado, demonstra que então não era proposta da CSSM oferecer cobertura nessa área para todas as ESFs.

Como apresentado anteriormente, os projetos não previam serviços de referência como os Centros ou Núcleos de Atenção Psicossocial. A proposta de atenção na área de saúde mental baseava-se no atendimento realizado pelas equipes locais com o apoio de profissionais de saúde mental. Uma coletânea de textos sobre saúde mental e o programa

de saúde da família, organizada por LANCETTI (2000), detalha essa proposta e relata uma série de casos de pacientes psiquiátricos em que a intervenção das ESFs, com o apoio de profissionais da saúde mental mobilizando recursos e uma rede de ajuda local, resultou num tratamento mais digno e humano.

Sem dúvida, aumentar a rede de apoio nos locais de moradia desses pacientes, trabalhar sua inserção nas famílias, estimular a participação em espaços de convivência são medidas muito importantes, mas não suficientes. Apenas uma das unidades investigadas, como referimos, possuía supervisão sistemática da equipe de saúde mental para o atendimento e acompanhamento de pacientes com problemas mentais.

Vale ressaltar que as equipes dessa unidade do Projeto QUALIS, sentiam-se sobrecarregadas “*com mais essa função*”, principalmente os agentes comunitários, que desempenhavam papel importante no acompanhamento domiciliar desses casos, visitando a família, conduzindo o paciente, entre outras funções. Essas equipes relataram ainda preocupações com os pacientes que necessitavam de uma supervisão mais próxima dos profissionais de saúde mental, quando “*pela falta de pernas*”, muitas vezes os encontros ocorriam em períodos superiores a duas ou três semanas.

Vasta literatura produzida no campo da reforma psiquiátrica indica a importância da utilização de diversos recursos terapêuticos para o tratamento de pacientes com problemas graves na área de saúde mental. Municípios reconhecidos pela sua proposta de atenção à área de saúde mental, como o de Campinas, articulam a atenção na rede de unidades básicas e nas equipes de saúde da família com diversos equipamentos, como CAPS, para o atendimento de pacientes neuróticos, psicóticos graves, drogaditos, crianças e adolescentes, com serviços de referência para o atendimento na crise e de reabilitação psicossocial. Esses equipamentos se caracterizam pelo trabalho em equipes multiprofissionais e pela oferta de uma variedade de atividades terapêuticas, as quais incluem terapia individual e em grupo, terapia familiar, atendimento psiquiátrico, oficinas terapêuticas, entre outras (CAMPINAS, 2000).

Em síntese, havia dificuldade de acesso da população à atenção nos níveis de maior complexidade em diversas áreas, o que, nesse aspecto, não diferenciava o programa, na opinião de vários profissionais, do modelo tradicional: “*A questão da referência é*

problemática (...). Nesse sentido se iguala às outras unidades do modelo tradicional; a contra-referência só tem do ambulatório de especialidades” (Dr. Pedro).

Os profissionais avaliaram que o programa vinha sendo mais efetivo para problemas que podem ser resolvidos na unidade de saúde, levando uma agente a reconhecer: *“O que depende só da estrutura da unidade vai às mil maravilhas”*. Os problemas na garantia de retaguarda dos demais níveis repercutiam no trabalho das ESFs, além de dificultarem o acompanhamento clínico de pacientes, causavam tensões importantes para os profissionais.

Apesar da específica situação de desestruturação da rede de serviços do município de São Paulo, as referências secundárias e terciárias para as ESFs vêm sendo apontadas como problemáticas em diversas experiências de implantação do PSF, inclusive nos projetos similares, como o Programa de Saúde da Família de Niterói (COHEN, 2001; D’AGUIAR, 2001; MASCARENHAS e ALMEIDA, 2002; SOUZA, S., 2001).

Em termos nacionais o PSF parece aumentar de maneira efetiva o acesso aos serviços para os lugares onde não havia acesso algum. Há uma inclusão de setores anteriormente excluídos e diminuição das diferenças e desigualdades, embora não se verifique uma adequada cobertura da população-alvo (MASCARENHAS e ALMEIDA, 2002).

Dados de uma pesquisa sobre a implantação do PSF realizada nacionalmente pelo Ministério da Saúde em 1999 demonstram que apenas 70% das ESFs desenvolviam todas as atividades propostas pelo programa. Não havia disponibilidade de vacinas em todas as equipes e apenas 14,8% delas dispunham de todas as condições para a realização do pré-natal, como balança, estetômetro, Pinard e exames básicos (BRASIL, 1999).

Em relação aos exames subsidiários, a pesquisa apontava que citologia oncológica estava disponível para 65% das equipes, e os demais exames como raio-X simples, ECG, ultrassonografia, colposcopia, entre outros, para menos de 50% das equipes (Ministério da Saúde, 1999). A situação atual, em termos nacionais, ainda não parece ter se alterado significativamente, conforme mostra a investigação do Tribunal de Contas da União sobre o funcionamento das ESFs (KRACOVICS, 2002).

Há interfaces e superposições no acesso, cobertura e integralidade. A disponibilidade de acesso aos diversos níveis de atenção é um requisito para a garantia de sua integralidade, sendo que uma oferta adequada de atenção implica alguma forma de regionalização e de integração entre os diversos níveis assistenciais, com fluxos organizados. GIOVANELLA et al. (2002) ressaltam que, para que o PSF não se torne um programa focalizado, confinado a um “SUS para pobres”, é importante garantir pontes com o nível secundário e terciário.

A dificuldade da referência dos níveis de maior complexidade para o atendimento das unidades básicas é um dos problemas que vêm sendo enfrentados pelo SUS. A implantação do PSF à parte da rede ou em estruturas paralelas tem dificultado ainda mais essas articulações. Diversos trabalhos apresentam isso como um limite importante para a reorganização ou modificações do modelo assistencial e a melhoria de indicadores de saúde (MASCARENHAS e ALMEIDA, 2002).

7.5. O TRABALHO EM EQUIPE

7.5.1. As ações e intervenções no coletivo

Entre as atribuições dos médicos figura atuar em conjunto com os demais profissionais em ações coletivas e de vigilância à saúde. Vejamos então como as equipes estão trabalhando essas questões e como ocorre a inserção do médico nessas ações.

O cadastramento das famílias, as visitas mensais dos agentes de saúde com o preenchimento de planilhas (atualização de dados), o conhecimento do bairro pelos diversos profissionais permitiam caracterizar a situação de saúde da população da área, os principais problemas de morbimortalidade e identificar suas relações com as condições de vida e moradia. Todas as equipes estudadas dispunham então de um diagnóstico da situação de saúde de sua área e de seus principais determinantes, porém apontaram que as dificuldades para intervenções mais coletivas eram grandes: *“As equipes percebem as causas e os porquês dos adoecimentos, o problema é intervir”* (Ger.- U.I.).

Os profissionais avaliaram que em questões como falta de saneamento básico, violência, desemprego, criminalidade envolvendo jovens, uso de drogas, entre outras, o setor de saúde não conseguia intervir isoladamente, necessitando de outras parcerias, de atuações intersetoriais e intersecretarias, como explicitou esta gerente: *“Para intervir em problemas como a violência, há a necessidade de atuações intersetoriais, intersecretarias, de um trabalho integrado (...), mas essa integração está difícil (...), muito difícil”* (Ger.- U.II.).

A maior parte das equipes conseguia mapear os recursos existentes nas áreas, mas a integração do projeto com outros setores, instituições e órgãos públicos era pequena, o que dificultava um trabalho intersetorial mais consistente: *“A integração com os outros setores é muito limitada; com a educação, com o serviço social, administração regional (...) eu achei que ia ter uma outra atuação”* (Enf.- U.I.).

GIOVANELLA et al. (2002) utilizam como indicadores do desenvolvimento de políticas no campo da promoção e da prevenção a existência de fóruns intersetoriais com projetos comuns entre várias secretarias do município, preferencialmente com orçamento próprio e participação social. No momento de nossa investigação não se observava a implementação dessas políticas no município de São Paulo. Se a articulação e a integração dos Projetos QUALIS com os demais serviços públicos de saúde já eram difíceis pela forma como se implantou o programa e pela conjuntura política que se encontrava o município, essas dificuldades eram ainda maiores em relação a outros setores.

As equipes buscavam, localmente, um contato direto com outras instituições das áreas (escolas, creches) e com a administração regional, para a remoção do lixo, limpeza de córrego etc., mas ressaltaram que as regiões onde atuavam eram, em geral, carentes de diversos recursos e equipamentos sociais.

“Tem alta criminalidade, envolvimento com crime organizado dos jovens, no entanto não há áreas de lazer na região, não tem creches, não tem Centros de Juventude. Há carência de vários recursos, não apenas da área de saúde (...); não podemos atuar sozinhos” (Ger.-U.IV.).

Nas unidades onde existiam agentes comunitários originários de movimentos populares, de pastorais da Igreja, e que possuíam maior representatividade junto aos moradores, foram relatadas algumas mobilizações populares para cobrar dos órgãos públicos direitos sociais, como segurança ou construção de mais equipamentos sociais para a região. Essas experiências, no entanto, eram mais pontuais.

Algumas mobilizações, conforme descritas pelas equipes, procuravam estimular as famílias a procurar soluções para os seus problemas, criando alternativas como mutirões de limpeza, cooperativas de trabalho, lixeiras comunitárias, mutirões para a construção de espaços de convívio etc. Os agentes desempenhavam então um papel importante nessas mobilizações e também nas articulações com ONGs, associações locais, instituições religiosas etc.

As equipes, no entanto, afirmaram ter pouco espaço para a discussão desses trabalhos coletivos. Muitos profissionais avaliaram que, com o tempo, por diversas dificuldades encontradas (de mobilização, articulação), acabavam se acomodando e limitando suas intervenções: *“A gente acaba limitada a resolver os problemas que chegam na unidade (...) e com o tempo a gente acaba se acomodando”* (Enf.- U.II.).

O que ocorria com frequência maior, de acordo com os relatos, eram atuações mais particularizadas, tais como contato com diretor de creche ou escola para conseguir vagas para crianças de risco, contato com igreja, com ONGs para ajudar famílias carentes etc.. Assim, as soluções encontradas, predominantemente, acabavam por não envolver o poder público e nem mesmo estimular uma organização e uma ação mais coletivas.

“No dia-a-dia a gente não dá conta de explicar que a saúde está nas mãos da própria população, para buscar seus direitos, lutar por serviços que tem a ver com a saúde (...). É difícil trabalhar com co-responsabilidade (...); às vezes nossa atitude é muito paternalista (...), deixa que a gente toma conta” (Dr. Pedro).

Alguns agentes expressaram em seus depoimentos frustração pelos limites de atuação nos determinantes do processo saúde-doença, *“nas causas dos adoecimentos”*, que dependiam de investimentos governamentais, e também por não conseguirem, muitas vezes, mobilizar a população:

“A gente vê um monte de problemas que provocam doenças (...): tem o córrego que dá enchente, tem a violência, as drogas (...), os meninos que ficam por aí (...), continua crianças fora da escola (...), mas a gente não tem muito como intervir, não tem dinheiro para obras que precisariam aqui (...); aí tem que se fingir de surdo e mudo, (...) isso mexe muito com a gente, eu esperava poder fazer mais coisas” (ACS- U.III.).

O Programa atribui às equipes a responsabilidade de desencadear ações intersetoriais, catalisar políticas sociais e desenvolver um trabalho político de construção de cidadania e de atuação comunitária, mas não apresenta nos seus documentos um aprofundamento dessas temáticas.

As equipes investigadas demonstraram que essas eram tarefas difíceis de realizar. Além das complexas questões envolvidas num trabalho de construção de cidadania e de atuação comunitária e das distintas visões ético-políticas que comporta a sua interface com o Estado, o desenvolvimento de ações intersetoriais, de políticas sociais para intervenções nos determinantes do processo saúde-doença, não depende, apenas, da iniciativa das equipes locais, mas também de articulações macropolíticas e de apoio gerencial.

Vigilância à saúde

Fora as dificuldades relacionadas acima, as equipes informaram que possuíam pouca qualificação para analisar os dados disponíveis e utilizar o referencial epidemiológico no planejamento de ações coletivas: *“A gente não sabe muito bem como trabalhar com isso” (Enf.- U.III.).*

Elas dispunham, como dissemos, de diversos instrumentos de informação para pensar atuações no coletivo e para a vigilância à saúde. Através das planilhas que eram preenchidas mensalmente pelos agentes, as equipes mantinham atualizados os dados de sua área sobre internações, óbitos, partos, nascimentos, gestantes, portanto era possível calcular cobertura, construir taxas e coeficientes, analisar mortalidade, identificar situações que deveriam ser investigadas.

Algumas possuíam também instrumentos próprios para o acompanhamento dos pacientes dos grupos programáticos que permitiam identificar faltas, necessidade de convocação, avaliar intervenções, adesão ao tratamento etc.. As enfermeiras, em geral, eram as responsáveis pela atualização dos dados com os agentes, pela síntese e seleção das informações a serem discutidas em reunião.

As equipes relataram, no entanto, que sentiam dificuldades para trabalhar as questões da vigilância e para desempenhar o papel que seria mais específico do setor de saúde nas intervenções do processo saúde-doença. A maior parte considerou insuficiente o apoio fornecido pela coordenação no acompanhamento das atividades coletivas e de vigilância.

Em particular no QUALIS Zerbini os profissionais relataram que, com a mudança da coordenação, deixaram de existir espaços de avaliação do trabalho, nos quais discutiam com os coordenadores de cada região os dados de cobertura, de morbimortalidade, a atuação nas áreas de risco, entre outros fatores. Esses espaços, segundo as equipes, qualificavam a atuação, auxiliando na análise e no planejamento de propostas de intervenção.

“Antes a gente tinha que apresentar os dados para a coordenação (...); eles faziam reuniões por equipe, (...), tinha avaliação do trabalho,...), queriam saber as crianças de risco, os óbitos por microáreas (...), debatiam os dados, a gente ficava preocupada, mas acabava levantando os dados e acompanhando melhor os pacientes (...); depois a gente acomodou um pouco” (Dra. Berenice).

As equipes informaram que as discussões das ações coletivas e de vigilância dificilmente entravam na agenda das reuniões. Como disse este agente, o espaço para análise e discussão das atividades de prevenção era pequeno: *“É difícil nas reuniões de equipe ter espaço para realizar as discussões de como trabalhar a prevenção”* (ACS- U.III.).

Vale destacar que a concepção de prevenção diferia entre os vários profissionais. Predominou nos depoimentos porém a identificação de atividades de prevenção com as orientações e ações voltadas para as mudanças do comportamento de

risco dos indivíduos e famílias, para as mudanças do estilo de vida como forma de prevenir os agravos à saúde. Entendiam que as orientações preventivas deveriam ser a ênfase em todas as atividades desenvolvidas: nas visitas domiciliares, nas consultas, grupos e palestras.

Em geral, a grande quantidade de casos em acompanhamento que necessitavam de discussão ocupava boa parte da reunião, restando pouco tempo para se pensar o trabalho no coletivo. O depoimento abaixo, de uma médica, expressou no entanto que também contribuía para isso a falta de conhecimento que possuíam para lidar com essas questões:

“A demanda do dia-a-dia impõe nas reuniões de equipe a discussão dos casos mais urgentes e graves, (...); temos pouco espaço, tempo e até mesmo conhecimento de trabalhar com dados epidemiológicos, para avaliar o trabalho e pensar no trabalho mais coletivo” (Dra. Marina).

As discussões nas reuniões, quando ocorriam, eram mais para avaliar a cobertura e o acompanhamento dos pacientes dos grupos prioritários: se estavam tomando a medicação corretamente, se os níveis de pressão estavam controlados, se estavam adequadamente cobertos em relação aos exames de seguimento, se havia faltosos para convocar, entre outros aspectos.

Estudo realizado por SILVA (2001) nas unidades do QUALIS também aponta que as ações coletivas apareciam pouco como temática das reuniões das ESFs. A maior parte do conteúdo girava em torno da discussão dos casos clínicos dos pacientes, enfocando principalmente aspectos de suas condições orgânicas. A vigilância era realizada então, predominantemente, na sua vertente clínica, no controle dos casos.

Em decorrência também das diferentes características da população e da área onde atuavam, as equipes apresentavam condições diferenciadas para realizar o trabalho de acompanhamento e vigilância dos grupos prioritários. Nas áreas de maior demanda, não dispunham de uma adequada avaliação de cobertura e acompanhamento das prioridades. Tinham dificuldades em realizar a vigilância, controlar os faltosos, sobretudo de grupos mais numerosos, como os hipertensos.

“A pressão da demanda diminui o tempo de planejamento, não conseguimos ter uma noção de todo o grupo de diabetes, de hipertensos (...); estamos fazendo muito atendimento individual, não dá para ter a noção do todo” (Dra. Camila).

Todas as equipes ressaltaram que, pela grande quantidade de famílias, os profissionais, em especial os médicos, como vimos, ficavam a maior parte do tempo envolvidos em atividades de assistência e pouco no desenvolvimento de ações coletivas, de vigilância e de prevenção: *“Tem muito material para fazer o controle, mas a gente não consegue ainda (...); é uma grande sobrecarga, não dá para trabalhar com todas as questões que seriam necessárias”* (Dra. Berenice).

Se havia dificuldades para pensar ações coletivas e intervenções para os grupos programáticos, elas eram ainda maiores para os que não se encaixavam nas prioridades determinadas pelo programa: *(...) a gente teria que pensar em trabalhar nas escolas (...), prevenir drogas, gravidez, mas é difícil, não dá tempo de pensar em atuar com os adolescentes”* (Dra. Marina).

Como já apontado anteriormente, apesar de as características e o diagnóstico local das equipes indicarem a existência de outros problemas e prioridades locais, a necessidade de dar respostas aos grupos determinados pelo programa dificultava o investimento e a atuação nelas, o que era identificado como uma contradição do programa: *“Não dá tempo para programar (...), em pensar em como atuar (...); tivemos cinco casos de adolescentes grávidas”* (Dra. Flávia).

É importante ressaltar, porém, que, apesar de todas as dificuldades apontadas, as equipes desenvolviam algumas atividades educativas e de orientação em outras instituições, como escolas, creches, associações, grupos da comunidade. Essas ações, em geral, eram realizadas pelos enfermeiros em conjunto com os agentes. Os médicos, foco do presente estudo, apenas eventualmente participavam de algumas palestras.

Em todas as unidades de saúde os agentes desenvolviam várias atividades, como grupos de artesanato, ginástica, caminhadas, organização de passeios. Esses grupos na sua grande maioria, não objetivavam especificamente discussões temáticas ou

orientações específicas, mas sim proporcionar espaços de convívio para as pessoas, espaços de lazer e atividades físicas, escassos nessas áreas. Os profissionais acreditavam que, dessa maneira, contribuíam para a prevenção de agravos da saúde.

Os agentes, em algumas unidades, realizavam grupos de orientação, como DST e de prevenção de AIDS, com adolescentes, nas próprias casas das famílias, e também atividades de divulgação de informação no bairro, utilizando linguagem popular e recursos criativos como teatros, fantoches, entre outros. Essas atividades eram descritas com muito orgulho pelas equipes. Também havia por parte da coordenação um estímulo a esses trabalhos, por meio da promoção de encontros de divulgação, com todos os projetos QUALIS, e de prêmios para os mais criativos, incentivando, dessa maneira, a competição entre as equipes.

Nas unidades eram realizadas, de forma rotineira, outras atividades de grupo, intercaladas com as consultas médicas e de enfermagem para os grupos prioritários. Na opinião dos profissionais, o grupo era um espaço privilegiado para desenvolver ações educativas e preventivas, bem como para diminuir a demanda para consultas individuais. Significava, dessa maneira, também uma alternativa para responder às necessidades de assistência.

Vale destacar que os trabalhos fora da unidade, os grupos, as ações de vigilância eram desencadeados por cada equipe de modo isolado das demais, de forma que não se potencializavam mutuamente na atuação. O espaço de articulação desses trabalhos entre as equipes era pequeno, constatando-se, na maior parte das unidades, pouca atuação gerencial na gestão e planejamento de atividades conjuntas. No momento de nossa investigação, como vimos, apenas uma delas implantava um espaço mais organizado para discussão e desenvolvimento de atividades coletivas em conjunto, tentando construir uma atuação com *“cara do serviço”*.

Em relação à inserção dos médicos nas ações coletivas e de vigilância, esta ocorria principalmente por meio da discussão e do planejamento com os demais profissionais das atividades a serem realizadas, da participação nos grupos da unidade (com os enfermeiros e os agentes comunitários) e, pontualmente, de algumas palestras em outros

espaços fora da unidade: *“A gente, em geral, não sai para uma intervenção de prevenção (...); vai ver apenas aqueles que estão doentes”* (Dr. Marcos).

Raramente surgiram nos depoimentos dos médicos falas que se referissem a uma abordagem mais intersetorial para os problemas de saúde. A abordagem da prevenção em suas falas se referiu, fundamentalmente, ao controle e à prevenção individual dos riscos.

Os grupos

O grupo era entendido pelos médicos como um espaço que se diferenciava do atendimento individual, pois permitia que se desse maior ênfase aos aspectos de orientação sobre dietas, exercícios, aderência ao tratamento. Consideraram que sua presença era importante, pois *“os pacientes se sentem mais prestigiados”*, e ajudava na adesão às orientações: *“o objetivo maior é sensibilizar o paciente para o tratamento”* (Dra. Berenice).

Poucos médicos avaliaram, no entanto, que essa atividade estava sendo realizada de maneira bastante satisfatória. Alguns consideraram que era apenas um jeito de aliviar a demanda, de fornecer informações para um número maior de pessoas, economizando tempo. Ressaltaram que, com frequência, realizavam grupos com 30 ou 40 pessoas de uma só vez: *“Concentra e fala tudo, gastando menos tempo ao passar a informação de uma só vez (...), mas funciona mais como alívio da demanda, do que uma atividade educativa”* (Dr. Pedro).

“Não dá para colocar na agenda individual (...), aí faço um grupo consulta, faço explicação de um tema geral e depois examino cada criança (...); a orientação para um paciente serve para todos” (Dra. Flávia).

Em algumas equipes os médicos analisaram que havia um esgotamento no modelo e das abordagens feitas, que repetiam sempre as mesmas informações e orientações. E apontaram a necessidade de maior qualificação para as atividades de grupo, para que se configurassem como um espaço educativo de mudança e incorporação de atitudes e não apenas de passagem de informações: *“Precisaria ter uma formação em dinâmica de grupo*

para poder desenvolver bem essa atividade, não basta só juntar as pessoas e orientar e falar sempre as mesmas coisas” (Dra. Marina).

Durante as observações das equipes, constatamos que as atividades de grupo eram, de fato, as menos implementadas pelos médicos. Parte dos grupos estava suspensa para ser reavaliada: *“Suspendi os grupos para reavaliar (...); depois de um primeiro momento em que já se trabalharam as doenças e os sintomas, sinto dificuldade de como continuar a trabalhar com essas pessoas, (...); a informação já havia sido fornecida e discutida” (Dra. Alba).*

Alguns médicos, em conjunto com a equipe, tentavam então buscar outros modelos e também pensar em trabalhar com outras populações e outros problemas. As atividades de grupo para os que não se encaixavam nas prioridades, apesar de estarem sendo planejadas em algumas equipes, no momento da pesquisa praticamente inexistiam. A falta de tempo pela alta demanda foi também aqui apontada como questão importante.

De qualquer forma, apesar dos limites apresentados, muitas ações interessantes estavam sendo realizadas e a participação dos médicos nas ações de vigilância em atividades de grupo pode ser encarada como uma diferença significativa em relação a sua inserção nas unidades tradicionais de saúde.

7.5.2. As ações e intervenções na assistência

7.5.2.1. A divisão de trabalho entre os profissionais

No acompanhamento dos casos individuais e das famílias, o trabalho conjunto dos profissionais foi ressaltado por todas as equipes do QUALIS como potencializador da atenção. Como vimos, os médicos particularmente destacaram a divisão de tarefas com os agentes, com os auxiliares e o enfermeiro como um aspecto bastante positivo do trabalho nas ESFs, facilitador da assistência que prestavam. Vejamos então a divisão de trabalho.

Os agentes de saúde

Os agentes de saúde são identificados por todos os profissionais como a *“grande diferença do programa”*, possibilitando a continuidade do trabalho realizado na unidade, o *“elo”* do serviço com a população. Como expressou depoimento desta médica: *“Os agentes são o elo entre nós e a comunidade (...), são elementos de confiança da comunidade (...), dão uma continuidade ao trabalho do consultório, da reunião, do grupo e dão também um retorno”* (Dra. Marina).

Eles facilitam o acompanhamento dos pacientes, reforçando nas suas visitas as orientações preconizadas, checando o uso de medicação, o retorno nas consultas, o seguimento de dietas, a realização de exames preventivos, etc. Auxiliam também com suas informações no diagnóstico, controle e seguimento dos casos: *“As fichas que os agentes fazem também ajudam a acompanhar os pacientes (...); dá para saber se estão tomando a medicação, quando foi a última consulta que vieram, se estão fazendo dieta. Dá para pegar por essas fichas”* (Dra. Marina).

Os médicos relataram que, com frequência, nos casos que não respondiam ao tratamento como esperavam ou quando não conseguiam fechar um diagnóstico, solicitavam informações aos agentes a respeito da situação da família, das condições de moradia e de vida do paciente. Outras vezes eram os próprios agentes que traziam para o médico problemas percebidos na visita, informações obtidas do paciente e da família, as quais indicavam dificuldades de seguimento do cuidado ou problemas mais graves, como, por exemplo, violência doméstica, uso de drogas ou abuso sexual.

“Os agentes de saúde são fundamentalmente fonte de riqueza, trazem as informações, as dificuldades, eles ouvem a população, eles detectam as coisas (...). Têm pacientes que falam que seguem a dieta (...), não conseguem falar, muitas vezes, que não podem comprar determinados alimentos, e aí na visita a gente consegue detectar os hábitos e costumes” (Dra. Berenice).

O estudo realizado por SILVA (2001), que acompanhou de forma sistemática todas as atividades dos agentes comunitários nos projetos QUALIS, demonstra que, apesar destes serem na equipe os que desenvolvem mais trabalhos coletivos e em grupos, a maior parte do tempo estão envolvidos em questões da assistência, sendo que suas visitas giram em torno do reforço das orientações médicas, de ações de vigilância e controle dos riscos individuais, havendo uma hegemonia da sua atuação institucional em relação à comunitária. Segundo a autora, os agentes se consideram como “olheiros” da equipe na captação das necessidades, identificação de prioridades e detecção de casos de risco.

Os agentes, neste estudo, foram caracterizados pelos demais profissionais como os “olhos” e os “ouvidos” da equipe na comunidade, os que identificavam e traziam problemas para a unidade, como disse esta enfermeira: *“É ele que consegue entrar na casa, pegar os problemas e trazer para nós (...); ele que consegue ver o que acontece (...) assim, por exemplo, um paciente com pressão descontrolada e aí o agente conta as dificuldades da casa que o paciente não abriu nem com o médico e nem com a enfermeira”* (Enf.- U.III.).

Alguns relatos destacaram que os agentes desempenhavam, muitas vezes, o papel de *“detetives da equipe”*, para descobrir determinadas informações, para trazer *“luz”* sobre aspectos que o paciente não revelava quando na unidade de saúde, o que nos fez refletir sobre o risco do olhar “controlador” e “normatizador” e também sobre as questões éticas relacionadas ao uso dessas informações.

Também foram destacadas, em alguns depoimentos, questões sobre a obrigatoriedade de os agentes entrarem nos domicílios durante as visitas para *“ver”* a *“situação real”* da família. Além do fato que não há um único olhar possível sobre o real, para uma atenção que busque produzir transformações no processo de adoecimento, mais importante que a realidade vista pelo profissional, talvez seja compreender a realidade que o paciente sente, entender as repercussões das condições de vida na sua história singular, nas suas vivências e experiências particulares, desenvolver a capacidade de escuta.

Nessa perspectiva, se a atuação do agente, por um lado, amplia a possibilidade de percepção de necessidades e problemas que normalmente não chegariam ao serviço, por outro, pode potencializar a invasão na vida das pessoas e das famílias. É fato comum o conhecimento de questões muito íntimas dos pacientes, por meio de comentários de familiares e/ou de vizinhos, como casos de adultério, brigas, conflitos, casos de pessoas com doenças, como AIDS, adolescentes grávidas com problemas familiares.

O trabalho é, pois, considerado bastante “*delicado*” e exige preparo e “*ética*” para que não sejam passadas informações para outros moradores ou familiares, o que pode provocar situações, no mínimo, embaraçosas. Como referiu este agente: “*Não pode passar nada para nenhuma pessoa (...); tem que saber como lidar com adolescentes, até para convocar para a consulta, os pais podem questionar (...); qualquer informação que solta na família pode complicar uma situação*” (ACS- U.I.).

O sigilo e a ética também se referem às informações obtidas na unidade, nas discussões de casos com os outros profissionais. O trecho a seguir do depoimento da Dra. Marina expressa o quanto essas são questões a ser melhor trabalhadas pelo programa, não apenas em relação aos agentes, mas a todos os profissionais da equipe, uma vez que muitas são as informações sobre pacientes e famílias que “*circulam*”, inclusive fora dos espaços de discussão do trabalho.

“*Agora as minhas agentes entendem a necessidade do sigilo e sabem da necessidade de manter o sigilo e a ética. (...). Tivemos dois ou três problemas sérios (...), paciente que engravidou de um profissional da unidade e a história vazou (...). As agentes também não passaram por capacitação (...), essas coisas criaram problemas, (...) mas os PSFs estão sendo construídos, não tem programa acabado (...). Agora não temos tido problemas (...). A relação de todos os profissionais com o paciente (...) é algo que precisa ser trabalhado, porque nem todo o mundo sabe segurar as informações (...); todos teriam que ter formação nessa relação*” (Dra. Marina).

Outra dimensão ressaltada e bastante valorizada é que os agentes, muitas vezes, conseguem adesão ao tratamento o que nem sempre é possível aos médicos e aos outros profissionais da equipe devido à maior proximidade do universo cultural do paciente, maior

identidade com as suas condições de vida, uma vez que são moradores das microáreas onde trabalham, conforme; ilustra o depoimento abaixo:

“O agente é uma diferença no programa (...) apesar de não ter uma formação técnica, mas (...), às vezes, consegue se comunicar com o paciente, e você percebe que muda a forma do paciente (...), às vezes todo mundo falou, mas quem consegue a adesão muitas vezes é o agente” (Dra. Alba).

Os agentes são referência para a população no esclarecimento de dúvidas sobre orientações e medicações, para informações sobre a unidade. São muito procurados para desabafos, para dar conselhos aos adolescentes, aos alcoólatras, entre outros. Eles escutam muitos problemas e fazem muitas “intervenções” nas suas conversas durante as visitas ou ao serem abordados na rua.

Nas suas visitas rotineiras os agentes acabam muitas vezes estabelecendo relações afetivas e de proximidade com os pacientes e famílias, passam a ser “ouvintes”, servindo de apoio e de conforto, desempenhando então uma função terapêutica: *“Entra na intimidade da família e cria um vínculo com ela (...), depois passa a ser a pessoa que tem confiança para desabafar os problemas e (...) acaba trabalhando não só com a medicação (...); a pessoa com pressão alta desabafa e aí melhora a pressão” (ACS- U.I.).*

Os agentes ressaltaram, no entanto, que necessitam de preparo, *“ter um pouco de psicologia”* e um *“jogo de cintura”*, para lidar com as tensões e os conflitos que encontram durante as visitas: *“tem de saber tratar cada família de um jeito”*, uma vez que *“entrar no domicílio é uma faca de dois gumes (...); às vezes a família pode se voltar contra o próprio agente” (ACS- U.I.).*

Em geral, suas intervenções de apoio dependem fundamentalmente da experiência e sensibilidade para “escutar” e dar “conselhos”, do seu bom senso. Portanto, da mesma maneira que podem ser benéficas para o paciente e para a família, podem também ser “desastrosas”. O agente acima chamou a atenção para a importância da qualificação não apenas quanto “às doenças”, mas também quanto à dimensão relacional desse trabalho: *“A gente teria que ser treinado e preparado psicologicamente para o que vai enfrentar”.*

Pela potencialidade que existe nessas intervenções, de fato, essa atuação não pode ser realizada apenas com conhecimentos “*intuitivos*” de cada profissional. É, pois, necessário propiciar referenciais e tecnologias para que saibam lidar com as relações e as várias tensões que se estabelecem. Além da capacitação para o conhecimento das doenças, dos aspectos preventivos, a dimensão da conversa, justamente pelo poder terapêutico que possui, deve ser instrumentalizada tanto para propiciar uma adequada intervenção como para “cuidar” da saúde dos agentes.

SILVA (2001) também demonstra em sua investigação que os agentes não dispõem de instrumentos, de tecnologia e saberes para operar as diferentes dimensões esperadas do seu trabalho. Essa insuficiência faz com que acabem trabalhando com o senso comum, com orientações religiosas e, mais raramente, com saberes e recursos da própria família e comunidade.

Outro aspecto ressaltado por diversos profissionais em nossa pesquisa foi que os agentes muitas vezes ajudavam a estruturar o cuidado a pacientes acamados ou em situações de “limitações”, realizando, inclusive, trabalhos braçais de limpeza da casa, de higiene dos pacientes, entre outros. Quando necessário, acompanhavam os pacientes para atendimento em outros serviços, para exames, na Casa de Parto, visitavam pessoas internadas: *“Tem uma mulher na minha área que é deficiente (...); eu tive que ir atrás da laqueadura, de conseguir fono e outras consultas que ela estava precisando, porque não tinha ninguém que ajudava”* (ACS- U.III.).

A solidariedade é uma característica bastante marcante no trabalho dos agentes, relatada em muitos estudos. Vários deles salientaram que se sentiam recompensados pela ajuda que conseguem oferecer à população. Chama a atenção a associação que muitos fizeram do seu trabalho com uma “*missão*” religiosa, como uma atividade que têm de desenvolver para ajudar os outros, reconhecendo-a como caritativa, de assistência social.

O agente também é considerado importante fonte de avaliação do trabalho dos demais profissionais, como referiu este gerente: *“É um facilitador para avaliar o impacto das ações e ter acompanhamento do trabalho; possibilita uma avaliação muito direta do atendimento que prestamos”* (Ger.- U.IV.).

Dessa maneira, podemos pensar também que os agentes exercem essa “função de controle/vigilância” não só sobre os usuários, mas também em relação aos profissionais da equipe.

No levantamento com as equipes sobre as funções de cada profissional, aos agentes cabia uma lista enorme de atribuições: cadastramento, visitas mensais, grupos, acompanhamento das visitas dos médicos, enfermeiros e outros profissionais, marcação e remarcação de consultas, medicação supervisionada, entre outras. Questionava-se, no momento da investigação a obrigatoriedade de realizarem visitas mensais a todas as famílias, independentemente do risco e da necessidade, o que, além de sobrecarregar os agentes, nem sempre parecia fazer sentido aos usuários.

Além dessas, a cada dia aumentavam seus encargos relacionados às atividades de identificação de risco e prevenção em áreas como de saúde bucal, saúde mental, de reabilitação. Durante a presente investigação, os agentes estavam recebendo treinamento para a orientação e detecção precoce de câncer de boca e de distúrbio de fala. Eram considerados pelos diversos profissionais e pela coordenação como estratégicos para as atividades de prevenção e para o controle de riscos na população: *“O agente é mobilizador das pessoas e, orientado pela equipe, pode atuar nos problemas”* (Ger.- U.I.).

Os auxiliares de enfermagem

Os auxiliares de enfermagem, nesta proposta, também assumem parte da assistência, realizando, na maioria das unidades, o acolhimento da demanda espontânea. Orientam e resolvem alguns problemas de saúde, mas são identificados na divisão de trabalho da equipe sobretudo como os responsáveis pelos procedimentos. Exercem papel importante na orientação e no atendimento dos pacientes acamados, fazendo curativos e desempenhando cuidados de enfermagem.

Em geral, esses profissionais apresentam mais dificuldades em acompanhar as atividades e reuniões da equipe às quais estão vinculados, pois dividem a responsabilidade pelo acolhimento e pelas atividades de enfermagem da unidade, como coleta, curativo, vacina, esterilização de material, medicação, medidas de PA e inalação.

Apesar de responderem mais pelos procedimentos, os auxiliares de enfermagem consideraram que o trabalho nas ESFs era diferenciado das unidades tradicionais pela vinculação a uma área de atuação, pelo atendimento domiciliar que prestavam e pelo trabalho conjunto com o enfermeiro, com o médico e com os agentes. Avaliaram que a atenção de todos os profissionais, e particularmente do médico, era mais humanizada.

Os enfermeiros

Os enfermeiros nas ESFs saem de seu papel apenas administrativo e de controle de pessoal. Dividem com o médico o seguimento dos pacientes programáticos e dão uma retaguarda importante no atendimento da demanda espontânea, resolvendo e orientando muitos casos e selecionando os que necessitam de atendimento médico. Também dividem a assistência dos pacientes acamados e dos casos que necessitam de atendimento domiciliar, orientam e supervisionam o trabalho dos auxiliares de enfermagem e dos agentes de saúde e apoiam o pessoal de recepção.

Para os médicos, os enfermeiros agilizavam o seu trabalho, preenchendo a ficha clínica dos pacientes, nas unidades em que realizam o primeiro atendimento, solicitando exames de rotina, orientando sobre aspectos de dieta, exercícios e de cuidados, fazendo a entrega de resultados de exames laboratoriais normais, fornecendo tratamento para alguns problemas clínicos mais simples, auxiliando no controle dos pacientes.

Os médicos valorizaram bastante a atuação dos enfermeiros e ressaltaram muito a sua capacidade resolutiva, pois conseguiam realizar diagnósticos de doenças e problemas clínicos comuns, tratar, por exemplo, de “*vulvovaginites*” e patologias mais simples, bem como avaliar a gravidade dos quadros clínicos. Em geral, predominava uma relação de confiança entre enfermeiros e médicos, sendo freqüente que estes deixassem receituários e encaminhamentos assinados para aqueles utilizarem quando necessário.

No momento da pesquisa, como vimos, as denúncias de receitas de inalação e de prescrição de medicamentos e antibióticos no COREN fizeram com que fossem suspensas várias atividades de enfermagem. Os protocolos de atendimento estavam sendo revistos, fato considerado uma perda pelos profissionais.

Assumir a assistência foi avaliado pelos enfermeiros como um aspecto bastante positivo do trabalho nas ESFs. Em vários depoimentos, destacaram que, apesar de terem formação, nas unidades tradicionais apenas eventualmente assumiam o atendimento, dependendo das iniciativas pessoais e até de negociações com os médicos.

“Existia a proposta da enfermeira fazer consulta, mas não era instituída, tinha que negociar com o médico e implantava dependendo do profissional. Aqui no projeto é diferente; (...) é proposta da coordenação, que bancou e treinou a gente, (...) traz a enfermeira da função de organização do trabalho na unidade, mais burocrática para o paciente; (...) aqui é a descoberta que muito pode ser feito na consulta de enfermagem” (Enf.- U.I.).

Os enfermeiros avaliaram que as atividades de assistência valorizavam a prática profissional, a sua dimensão “técnica”, e possibilitava um maior contato com os pacientes e familiares: *“No modelo tradicional é repassado o vínculo para outros profissionais (...); aqui o usuário passa a entender melhor a função do enfermeiro (...), há uma valorização da profissão. Antes os pacientes não sabiam que existia diferença entre o auxiliar e a enfermeira”* (Enf.- U. II.).

Os enfermeiros se sentiam bastante valorizados com a incorporação da assistência e com o papel que exerciam de coordenação da equipe. Diferentemente dos médicos, quase não havia rotatividade desses profissionais nas equipes.

Como os demais profissionais, os enfermeiros consideraram que o contato e o vínculo que estabeleciam com os usuários do serviço aumentavam o compromisso em responder às necessidades destes e a responsabilidade com o trabalho: *“O trabalho é difícil porque a gente está muito próximo. É difícil dizer não, negar o que se precisa (...); todos os pacientes tratam a gente pelo nome, perguntam da família. Aí é complicado dizer não, a gente se sente mais comprometido em responder às necessidades”* (Enf.- U.I.)

Esses profissionais ressaltaram também que, apesar de na organização tradicional das unidades serem realizadas atividades de controle e vigilância, no modelo das ESFs a responsabilidade pelo seguimento e as visitas dos agentes evitavam que os casos ficassem “perdidos” - e também que eles próprios não ficassem “perdidos” em questões administrativas.

O retorno do trabalho, a possibilidade de seguimento foram considerados bastante gratificantes: *“Aqui você vê o pré-natal, depois o crescimento das crianças e sente-se participando de um pedaço da história da pessoa. Em outro modelo, ficava um pouco perdido (...); para mim como enfermeira é supergratificante (...). Nos outros serviços não tinha esse contato direto com o paciente”* (Enf.- U. I.).

Os enfermeiros identificaram suas consultas como diferentes das do médico pelo fato de seus objetivos serem voltados, primordialmente, para a *“orientação”* e para a *“educação em saúde”*, como expressou este depoimento:

“Nossa visão é mais educativa, não temos a preocupação de um diagnóstico de físico, de coleta de sintomas (...); estamos mais preocupados em orientar alimentação, caminhadas, o que está acontecendo com a família (...), a forma como está tomando os medicamentos. Essas coisas são abordadas pela enfermagem porque na consulta médica não dá tempo” (Enf.- U. IV.).

Cabia então a eles, pela disponibilidade de tempo maior, uma abordagem de aspectos mais amplos da vida do paciente, *“adiantando”* o trabalho do médico de maneira a lhe possibilitar que a consulta fosse mais direcionada aos aspectos clínicos, uma vez que o médico possuía menos tempo para dedicar aos pacientes.

“É importante (...) porque a gente consegue fazer uma investigação mais ampla do paciente, no que diz respeito ao sono, à alimentação, (...); tem mais tempo que o médico e já adianta, solicitando exames do protocolo, e a consulta com o médico pode ser mais direcionada” (Enf.- U.III.).

É interessante notar que os enfermeiros se identificaram como capazes de oferecer a atenção integral ao paciente, considerando os aspectos sociais e emocionais do seu adoecimento e no seu tratamento, bem como expressaram em seus depoimentos não ter expectativa de que os médicos viessem a realizar uma abordagem que considerasse esses aspectos. Entendiam então que os *“olhares”* e a *“escuta”* eram diferenciados e deveriam se somar.

“Um olhar é o da enfermeira, o outro é o do médico, eles devem se juntar (...). O meu olhar é mais social e mais para a vida do paciente (...); eu vejo a vida que ele tem, as possibilidades que ele tem na casa dele (...), eu acho que eu tenho um olhar mais integral do paciente. A prescrição do medicamento é do médico, e eu vou ver a adesão do paciente ao tratamento (...), o que está acontecendo, se tem algum problema que está atrapalhando ele fazer o tratamento (...). A gente começa a dar abertura e eles começam a falar, a chorar” (Enf.- U.IV.).

Os demais profissionais da equipe também concordaram que caberia aos enfermeiros uma abordagem mais ampla do paciente e, aos médicos, um atendimento mais objetivo. Concebiam assim como atribuição do médico cuidar mais dos aspectos clínicos e biológicos; ou seja, uma atuação mais restrita ao seu núcleo específico de saber: identificar e tratar doenças.

Os depoimentos também destacaram que, em relação às unidades tradicionais, havia uma mudança no papel de todos os profissionais de enfermagem: *“O programa exige mudanças nos papéis dos vários integrantes da equipe, além da enfermeira; as auxiliares que estão acostumadas apenas a realizar o procedimento tem que começar a pensar e perceber o paciente (...). O acolhimento foi um estímulo para as auxiliares começarem a tomar decisões, a pensar e raciocinar” (Enf.- U.IV.).*

De fato, nas unidades tradicionais, em geral, esses profissionais ficam restritos a trabalhos mais parcelares, como a realização de procedimentos, de medidas de sinais vitais, a coleta de exames, entre outros (PEDUZZI, 1998). O depoimento acima ressalta que, no Programa, passam a realizar ações e se relacionar com os usuários como um todo, e não com “partes”, ampliando o seu núcleo de atuação e diminuindo a fragmentação do trabalho.

Em resumo, pelos depoimentos recolhidos, observamos que os profissionais concebiam que os agentes comunitários, de nível cultural e condições de vida semelhantes à população, seriam os mais aptos a ver e trazer *“a realidade”* do paciente; seriam os *“olhos”* e os *“ouvidos”* da equipe. Já ao enfermeiro caberia uma abordagem integral do paciente, considerando, em suas orientações, os aspectos sociais e emocionais. E o médico, em razão de sua falta de tempo, direcionaria o seu olhar e sua escuta ao problema

específico, à queixa do paciente. Na reunião de equipe seria feita a “síntese” dos diversos “olhares” e “escutas” dos casos levados para discussão.

Chama a atenção que os outros profissionais tenham atribuído ao médico o papel tradicional do atendimento da queixa do paciente, não referindo como atribuição dele considerar aspectos subjetivos e sociais, realizar uma abordagem mais ampla dos casos, talvez porque, na operacionalização do trabalho, como veremos, fosse a maneira como realmente ocorria; ou seja, com a predominância do atendimento voltado para as queixas expressas.

7.5.2.2. Os casos que demandavam discussão em equipe

Demandavam discussão na equipe pacientes que necessitavam de cuidado e atenção domiciliar, aqueles que não apresentavam boa evolução, com complicações clínicas, ou ainda com problemas de adesão ao tratamento ou ao acompanhamento na unidade. Esses casos eram identificados pelos profissionais ou pelos agentes de saúde nas suas visitas.

As equipes relataram que havia um número significativo de pacientes com quadros clínicos complexos e que necessitavam de cuidados e de atenção mais intensos, entre eles idosos com complicações cardiovasculares, acamados, deficientes físicos, pacientes psiquiátricos, pacientes que receberam alta de internação hospitalar, entre outros.

Na reunião de equipe analisavam o caso, cruzando as informações que os vários profissionais dispunham a respeito de outros integrantes da família, dos cuidadores e demais moradores do domicílio. Durante as discussões, conseguiam formar um quadro da situação do paciente, identificando muitas vezes uma situação familiar difícil e com problemas sociais importantes.

Eram então discutidas estratégias de atenção, acompanhamento e controle dos casos, definindo-se as orientações e os cuidados a serem fornecidos e as tarefas dos vários integrantes da equipe. Em geral, cabiam aos enfermeiros a coordenação e o acompanhamento do trabalho dos agentes e auxiliares, bem como o controle das ações a serem realizadas.

Além dessas situações, demandavam discussão em equipe uma série de casos complexos, em geral identificados e trazidos pelos agentes comunitários: idosos e crianças abandonadas e sem cuidados, casos de maus-tratos e violência doméstica, usuários de drogas, famílias que enfrentavam problemas sociais relevantes, desestruturação emocional, entre outros. Esses casos, como referiu o gerente abaixo, eram identificados predominantemente pela entrada no domicílio:

“A partir do momento que entra na intimidade das famílias, a equipe depara com várias situações difíceis (...); por exemplo, entra em contato com as vítimas e com o agressor que praticou a violência (...), gestante com hematomas, mulher que apanha do marido, adolescentes violentadas pelos namorados da mãe, maus-tratos de crianças, pais com auto-estima muito baixa (...), mulher que assume como profissão ser traficante e quer tirar vantagem disto (...), uma série de situações complicadas ” (Ger. - U.II.).

Todas as equipes descreveram diversos casos em que o trabalho conjunto dos profissionais, o estabelecimento de vínculos, as visitas domiciliares e o acompanhamento próximo, sobretudo dos agentes comunitários, resultaram em melhora na adesão ao tratamento, no acompanhamento no serviço e, principalmente, nas condições de saúde e de cuidado.

Destacaram em seus relatos, particularmente, os casos com problemática social complexa, nos quais haviam realizado intervenções que resultaram em condições de vida mais dignas, tais como: adolescentes autistas, indivíduos com deficiência mental e problemas psiquiátricos que viviam presos e até mesmo amarrados, crianças e idosos que sofriam maus-tratos, entre outros. Esses casos envolviam todos os profissionais e demandavam contato com outras instituições para intervenções conjuntas, como Conselho Tutelar, Judiciário e escolas.

Os profissionais descreveram, no entanto, que em muitos desses casos o resultado satisfatório foi obtido com muito desgaste da equipe. Relatamos abaixo, de forma sucinta, um exemplo da mobilização de uma equipe para conseguir garantir cuidado a uma senhora idosa acamada.

Tratava-se de uma mulher de 69 anos, vítima de um AVC isquêmico, que não conseguia se locomover e morava com um senhor de 85 anos, que saía e a deixava trancada sozinha em casa. Os agentes, durante visita de cadastramento, a encontraram toda suja, urinada e evacuada de vários dias. As relações anteriores dessa senhora com os filhos, com o atual companheiro e com os vizinhos foram muito conflituosas, a ponto de não haver ninguém que se dispusesse a assumir o seu cuidado. Como não conseguiram nenhum asilo ou entidade que pudesse recebê-la, os agentes de todas as equipes da unidade se revezaram para cuidar diariamente dela durante meses até que, depois de muitas tentativas e insistência com os filhos, acharam um cuidador.

A atenção a essa paciente, que resultou em condições minimamente dignas de vida, ocorreu com muito sofrimento e desgaste dos profissionais, mais ainda dos agentes, resultando numa licença médica por “*estafa*” para a agente da área. O relato da equipe enfatizou a falta de retaguarda para lidar com a situação. Como vemos neste depoimento:

“Não tivemos uma retaguarda para ajudar a trabalhar no caso (...); todo mundo sofreu (...). Não entendo como o programa não prevê a presença de pessoal de saúde mental e assistente social na supervisão e para apoio aos casos (...); nós não sabemos como lidar com casos tão complexos (...), aí ou não entra em contato ou sofre e se desestrutura (...). Fica muito complicado” (Dra. Alba).

Diversos profissionais, em especial os médicos, exemplificaram uma série de casos e de situações, como a descrita acima, que não tinham “*tranquilidade para conduzir*”, que envolviam conflitos de diversas ordens, problemas emocionais e complexa dinâmica familiar. Ressaltavam, assim, a importância de apoio de outras áreas, principalmente de saúde mental, para qualificar suas intervenções. Como disse a Dra. Alba, “*teria que ter psicólogo, assistente social e outras cabeças pensantes*”.

Apesar da ênfase do programa ser na atenção à família, as equipes destacaram que tinham pouca formação para lidar com “*questões da família*”. As informações sobre as diversas pessoas da moradia lhes possibilitavam entender que havia uma situação familiar complexa e assim relacionar o adoecimento ou problemas no tratamento com essa situação, mas tinham dificuldades para pensar modos de atuação na dinâmica familiar.

Como referiu o Dr. Pedro: *“A saúde da família ainda não fazemos (...); a intervenção ainda é muito individual, o programa precisa trabalhar isso (...). É difícil trabalhar com a família que tem sua dinâmica própria (...), é complicado”*.

O apoio e a supervisão foram considerados importantes tanto para orientar as intervenções como para lidar com os sentimentos e o sofrimento provocados por essas complexas situações. Pela falta de retaguarda de profissionais de outras áreas, principalmente de saúde mental, a atuação dependia, fundamentalmente, do *“bom senso”*, dos recursos disponíveis na própria equipe: *“Depende de cada um, da iniciativa de cada profissional”* (Enf.- U.I.).

Os médicos destacaram também que, apesar de não se sentirem qualificados, muitos casos de saúde mental, pela carência de referência, eram atendidos e acompanhados nas unidades por eles, o que era motivo de grande desgaste e tensão. Como vimos, a equipe de apoio na área de saúde mental nos projetos, em especial no QUALIS CSSM, era muito pequena. Os relatos a seguir exemplificam isso:

“É uma grande demanda no dia-a-dia de pacientes deprimidos, também por causa da questão social (...); você tem que parar, ouvir, dar idéias para as pessoas (...), fazer alguma orientação (...); é uma demanda importante no dia-a-dia (...). A gente não teve capacitação e tem dificuldade de resolver e seguir esses casos (...); é um grande problema para nós” (Dra. Marina).

“Outro dia o paciente veio conversar (...); o nosso papel é ouvir, mas é muito pesado (...). Paciente em surto psicótico que cismou que tinha engravidado (...) eu não estou habilitada para acompanhar (...); a gente ajuda na medida do bom senso (...). Após muita insistência temos recebido algum apoio” (Dra. Flávia).

“Tem muitos casos que eu precisava discutir (...) a gente tem uma referência de saúde mental, mas é uma falta, não dá conta (...) agora vai ficar restrito apenas um distrito, os outros vão ficar sem (...). Eles faziam parte da educação continuada (...), mas precisa de acompanhamento contínuo, já que na formação da faculdade essa área é muito pequena e restrita” (Dra. Alba).

Na unidade onde havia reunião sistemática com a saúde mental, as equipes referiram ter mais facilidade para a discussão dos casos, porém, ressaltaram que também incorporavam, pela proposta, o acompanhamento de casos psiquiátricos mais graves, e assim, o tempo era insuficiente para todas as discussões necessárias.

“O pessoal de saúde mental não tem espaço para falar com a gente, não dá tempo de discutir os casos de saúde mental que estamos acompanhando, ainda mais falar de outros casos, de outros problemas (...); precisa vir alguém de fora para ajudar” (Enf.- U.III.).

Os depoimentos demonstraram que as equipes enfrentavam várias dificuldades para atuar nos casos complexos que entravam em contato como o relatado acima. Havia uma grande sensibilização e mobilização dos profissionais, mas suas intervenções, muitas vezes, pelos limites apontados, se traduziam em apoio material, principalmente naqueles casos em que era evidente a falta de recursos financeiros. Assim, com frequência, organizavam listas para comprar cesta básica, arrecadavam roupas e alimentos ou, como no exemplo acima, assumiam tarefas como dar banho em pessoas abandonadas, realizar limpeza das casas, auxiliar na retirada de documentos e de benefícios, etc..

Muitos agentes relataram que, com o tempo, ao perceberem que as equipes não conseguiam dar resposta a vários problemas que eles identificavam, deixavam de trazer “os casos” para discussão.

“Tem muito caso de mulher espancada pelo marido, caso de fome, de drogas, coisas da vida e que não tem muito o que fazer (...). A minha área é uma das mais pobres, a gente escuta, dá um conselho, fala alguma coisa, mas nem traz para a equipe, porque sabe que é coisa que não vai resolver (...), não adianta (...), só tem que escutar mesmo” (ACS - U.III.).

Assim, consideravam esses problemas como coisas da vida e que muito pouco poderia ser feito além de escutarem e deixarem as pessoas desabafarem: *“A gente comenta, muitas vezes, uma com a outra, mas acaba não trazendo para a equipe (...), é só a gente mesmo, escuta e quando volta pergunta se melhorou, se conseguiu resolver; aí tem gente que chora, chora, chora e desabafa”* (ACS - U.IV.).

O contato com esses casos provocava, no entanto, enorme sofrimento principalmente por se verem limitados no que podiam oferecer: *“A gente tem que saber as emoções da gente porque a gente sofre (...), a gente vê as pessoas sofrerem e não tem condições de ajudar (...); a gente sofre junto, traz muita angústia”* (ACS- U.IV.).

O programa aumenta muito o contato com a população, com a dureza da vida nessas locais. Como destacou este enfermeiro, na área onde atuava a população era muito sofrida, e a proposta de trabalho com as visitas domiciliares aumentou a detecção dos problemas: *“Tem muito desemprego, e a região é muito violenta (...); há um nível de angústia muito grande (...) e depois, neste esquema de trabalho, a gente ficava sabendo dessas famílias, a gente ouve muitas queixas que não tem resposta para dar, e aí sai muito pesada e se sentindo muitas vezes mal ”* (Enf.- U.IV.).

A proposta também vincula e responsabiliza os profissionais para o atendimento, mas não garante, na maior parte das vezes, a retaguarda necessária para lidarem com os complexos problemas ali encontrados, com os sentimentos que o contato com essas situações provocam, com a sensação de impotência que produzem, o que, como vimos, além das repercussões na assistência, resulta em sofrimento e sobrecarga emocional:

“Diante das dificuldades, os profissionais acabam se envolvendo, sentem vários sentimentos, choram e entram em dificuldades emocionais, e isso, por outro lado, possibilita maior pertinência e responsabilidade no trabalho” (Enf.- U.III.).

“Tem pessoas que vêm para que eu ouça e, às vezes, a situação é bastante complicada. Aí sinto que é a minha pessoa que se envolve e não o médico (...), não consigo deixar de me envolver (...); são coisas que angustiam muito (...), aí precisava de uma equipe multiprofissional para dar apoio” (Dra. Camila).

Apesar de haver um desgaste para toda a equipe, este é bem mais intenso para os agentes. Entrar no domicílio é entrar em contato com a intimidade das pessoas, com seus problemas e conflitos, se relacionar com elas, o que *“mexe”* com os sentimentos. Este agente ressaltou em seu depoimento que todas as famílias tinham algum problema, mesmo que não fosse grave:

“É difícil, além de ter nossos problemas, ouvir outros 200 problemas, porque cada família tem um problema particular. Independente de ser grave, é um problema que você escuta, e a maioria das vezes tem que ouvir e guardar com a gente. Aquilo vai acumulando, acumulando, se sente sugado e chega uma hora que estoura” (ACS - U.IV.).

Além disso, os agentes, ao contrário dos demais profissionais que permanecem a maior parte do tempo nas unidades, *“protegidos pelas paredes do posto”*, e vão embora depois do trabalho, têm contato diário com as famílias, moram na área e, muitas vezes, vivem os mesmos problemas dos pacientes.

Em todas as unidades houve relatos de adoecimento, de crises e descompensações emocionais de todos os profissionais, principalmente dos agentes, como depôs a médica abaixo:

“Muitos desses casos recaem sobre os agentes (...); eles são procurados para conversar, às vezes ficam duas ou três horas conversando com as pacientes e se sentem sugados (...). Os problemas do dia-a-dia batem primeiro nos agentes (...), mas também não foram preparados para lidar com isso” (Dra. Marina).

SANTOS (2001), em seu estudo, relata um número elevado de afastamentos de agentes de saúde do QUALIS CSSM, destacando o desgaste que sofrem pela convivência com a violência local, por partilharem vários problemas com a população, pelo que acabam sabendo e também pela impotência de agir. A autora mostra que o índice de afastamento do trabalho dos profissionais das ESFs, inclusive de médicos, foi maior que de todos os outros setores da CSSM, abrangendo a UTI. Além dos agentes, os médicos, como vimos, apresentam um grande desgaste com o trabalho, sobre o qual voltaremos a falar mais adiante.

Cada profissional, como afirmou este enfermeiro, tinha que buscar *“soluções”* para aliviar o sofrimento e a sobrecarga: *“Para lidar com o sofrimento e com os sentimentos que surgem no trabalho há várias soluções fazer terapia ou até algumas opções e espaços religiosos para poder digerir tudo aquilo que vivenciam; eu particularmente freqüento um centro espírita” (Enf.- U.IV.).*

Assim, no momento da realização desta pesquisa, a retaguarda e o apoio às equipes para responder aos complexos casos que se apresentavam, se mostravam insuficientes, o que, além das repercussões na atenção, resultava, como expressam os depoimentos, num grande desgaste dos profissionais.

7.5.3. Os médicos e o trabalho em equipe

Como vimos, todos os profissionais avaliaram como bastante positiva a divisão de tarefas, as reuniões rotineiras para a organização do trabalho e para as discussões de casos, ressaltando que trabalhar em equipe se constituía numa grande diferença do Projeto QUALIS em relação às unidades tradicionais, conforme observamos no depoimento abaixo:

“Na minha experiência de outros trabalhos nessas unidades, há vários profissionais que trabalham junto no mesmo espaço físico, mas não tem um trabalho de equipe. Aqui se trabalha junto (...); a gente forma um vínculo com a equipe que está trabalhando (...), o dia-a-dia é intenso e muito envolvente (...), realmente tem um trabalho em equipe (...). Há uma construção conjunta, há uma valorização da opinião de todos (...), todos ajudam a decidir. O planejamento é conjunto, tem um objeto comum com objetivos e metas para cumprir (...), os esforços são divididos. A grande diferença é a responsabilidade clara” (Enf.- U.I.).

A atuação nas unidades tradicionais também é baseada num trabalho em equipe com divisão de tarefas para responder às necessidades individuais e coletivas de saúde. No entanto, essa resposta ocorre predominantemente através da somatória de trabalhos parcelares, não necessariamente articulados e integrados, constituindo o que PEDUZZI (1998) denomina de equipe agrupamento, em que cada profissional se ocupa mais de sua especificidade.

A responsabilidade clara pelo atendimento de uma população, com metas a serem cumpridas, como ressaltou o depoimento acima, parece ser um mecanismo

importante que demanda nas ESFs o trabalho conjunto dos profissionais e a busca de integração entre as diversas atuações, o que pode ser efetivado pela existência do espaço rotineiro de reuniões entre todos os profissionais.

Como referiu este gerente: *“A organização do programa força uma maior proximidade dos problemas a serem resolvidos do médico, enfermeira e auxiliar, que ficavam muito mais distanciados na antiga organização de UBS(...); força o médico ao trabalho em equipe”* (Ger.- U.III.).

Para o médico, essa é uma diferença importante em relação à sua inserção nas unidades tradicionais, onde, em geral, realiza seu trabalho de maneira isolada dos demais. Neste projeto para responder à essas diversas atribuições e responsabilidades é necessário fazer reuniões com os outros profissionais, discutir, planejar ações, avaliar impacto.

Ter como atribuição pensar na assistência e na prevenção, nas ações coletivas e individuais, amplia o núcleo e campo de responsabilidades e competências do médico, bem como dos demais profissionais, utilizando-se esses conceitos como definidos por CAMPOS (1997b; 2000). Para esse autor, núcleo seria o conjunto de saberes e responsabilidades específicos de cada profissão ou especialidade que marca a diferença entre os membros de uma equipe, a identidade de uma área de saber e de prática profissional; e campo seria o conjunto de saberes e responsabilidades comuns e confluentes de vários profissionais.

Todos os profissionais, de alguma forma, como vimos, realizavam ações educativas e de vigilância, atendiam e acompanhavam o usuário, não ficando restritos a procedimentos ou a partes da atenção e, dessa maneira, as relações entre os profissionais e, destes, com os pacientes tendiam a se modificar.

Diversos depoimentos ressaltaram as alterações que ocorriam, neste projeto, nas relações hierárquicas entre os profissionais, destacando as mudanças na posição tradicional que os médicos ocupam nas equipes de saúde. Como bem expressou a enfermeira abaixo, a organização do trabalho pressionava para que se estabelecessem relações mais horizontais:

“Outra mudança (...) no trabalho em equipe é que o médico, a enfermeira, os auxiliares e os agentes se encontram em uma posição mais horizontal. O médico sai do

papel de chefe da equipe e detentor de saber e tem que ouvir os outros profissionais (...); o objetivo não é apenas a doença. Isso exige um aprendizado de todos e também do médico (...); todos têm algo a acrescentar, inclusive o agente comunitário (...); tem que incluir todos na proposta terapêutica (...). Há pressão para uma relação mais horizontal em que todos têm que dar e aprender, e aí o médico tem que se adaptar” (Enf.- U.IV.).

A organização do trabalho nas ESFs traz mudanças na relação do médico com os demais profissionais. Essas mudanças inclusive são apontadas como um dos motivos que dificultam a sua fixação nas equipes. Apesar de os médicos deste estudo ressaltarem como característica positiva do projeto o trabalho em equipe, muitos afirmaram que esta realmente era uma experiência nova e difícil, que exigia disponibilidade e boa vontade para construir um trabalho conjunto, buscar uma linguagem comum e confiança mútua:

“Não é fácil trabalhar em equipe (...); tem que ter um perfil, tem que estabelecer limites até onde vai. É um aprendizado constante e tem que ter muita boa vontade (...), não pode haver muito egoísmo e individualidade (...). Esta é uma coisa nova (...), não se costumava trabalhar em equipe antes (...), trabalhar em equipe é difícil” (Dra. Flávia).

Embora todas as equipes realizassem reuniões conjuntas e houvesse articulação entre os trabalhos, com saberes partilhados, o grau em que isso ocorria, na ocasião desta pesquisa, era bastante variado. Em algumas percebia-se um investimento grande na capacitação em serviço, na construção de um trabalho conjunto e de uma linguagem comum, em que se estabelecia uma relação de confiança entre os membros e um trabalho bastante integrado. Já em outras equipes o trabalho conjunto era mais difícil, com muitas queixas de *“uns sobre os outros”*.

Os médicos pareciam ter um papel importante na integração das equipes. Vale a pena notar que aquelas com práticas mais articuladas, que partilhavam a mesma linguagem, eram formadas por médicos que apresentavam uma abordagem mais dialogada e se mostravam mais acolhedores, apresentando um padrão de consulta mais centrado no paciente, como será descrito mais adiante.

Para este gerente, a personalidade do médico fica impressa na equipe, se ele for muito centralizador, o trabalho não cresce: *“O perfil da equipe é muito determinado pelo médico (...); o profissional mais autoritário ou mais aberto para reflexões e avaliações se reflete na equipe”* (Ger.– U.II.).

Nos serviços de saúde, em decorrência do saber que detêm, do monopólio dos atos diagnóstico-terapêuticos, os médicos de fato ocupam uma posição de destaque, com considerável poder em relação aos demais profissionais, o que leva CARAPINHEIRO (1993) a definir os serviços de saúde como o lugar de excelência do poder médico. Os médicos ainda mantinham uma grande centralidade nas equipes.

Os depoimentos dos diversos profissionais entrevistados revelaram que apesar das relações se modificarem, mantinham-se diferenças significativas de “poder” entre os profissionais, sobretudo entre os de nível universitário e os não- universitários: *“Apesar das tentativas de integração de todos nas equipes, o planejamento das ações fica restrito à equipe técnica (...); são as pessoas que mais falam, as demais ficam quietas”* (Enf.– U.I.).

Os agentes apontaram em seus depoimentos, que embora dividissem as responsabilidades com os outros membros da equipe e sentissem que seu trabalho era valorizado e também considerado estratégico para o programa, existia uma grande diferença salarial entre eles e os demais.

“O médico depende da gente e a gente depende dele (...); a gente nunca está sozinho, a responsabilidade é de toda a equipe (...). A decisão tem que ser em conjunto (...); aqui a gente trabalha em círculo, assume junto, acertando ou errando (...), mas tem uma diferença muito grande de salário, a pirâmide de salário é grande” (ACS Jutá).

Destacaram que as suas atribuições aumentavam a cada dia, com uma sobrecarga de atividades, que tinham de ser realizadas até mesmo fora do horário de trabalho. Mesmo achando excessivas as atribuições, tinham dificuldades de questioná-las:

“Cada dia aparece mais uma obrigação para a gente, tem que fazer avaliação de casos de saúde mental, avaliação de saúde bucal, dificuldades da fala. (...). Tudo é passado para a gente, temos 1001 utilidades (...), não tem para onde correr (...), não tem

como falar eu não vou, não é do meu trabalho (...). A gente fala amém e pronto, se é uma ordem a gente cumpre” (ACS- U.III).

Os agentes referiram ainda que muitas reclamações que ouviam da população contra o serviço e os demais profissionais não eram colocadas em reunião, principalmente quando eram reclamações de “*médico*”, coisas “*que não se quer ouvir*” e que poderiam causar problemas. De acordo com esses depoimentos, mantém-se uma hierarquia expressa pelas diferenças de salários e de poderes, decorrente também da valorização social atribuída aos diferentes saberes que possuem.

No que se refere aos usuários, os depoimentos dos diversos profissionais, assim como dos médicos, destacaram que essa proposta de organização tendia a aumentar o compromisso com eles. Todos disseram sentir-se responsáveis pelo acompanhamento dos pacientes e por tentar melhorar suas condições de saúde.

CAMPOS (1997b; 2000) discute que a organização parcelar do trabalho e a fixação dos profissionais a determinada etapa do projeto terapêutico produzem uma alienação da finalidade do trabalho. Daí surge a tendência a não se responsabilizarem pelo objetivo final das suas intervenções, estabelecendo uma relação com o saber e com a prática profissional bastante burocratizada. Ao contrário, a vinculação e a atribuição de responsabilidade aos profissionais pelo atendimento integral de todas as necessidades de atenção, para um determinado número de pessoas, permitem a eles se reaproximarem do resultado de seu trabalho, reconhecerem “sua obra” e, dessa maneira, aumentarem o seu envolvimento com ela e as possibilidades de satisfação pessoal. A discussão em equipe, os desafios para a construção conjunta de projetos de intervenção, de espaços coletivos de gestão do trabalho também são importantes dispositivos para ampliar o olhar dos profissionais sobre a complexidade dos problemas e envolvê-los no trabalho, o que parecia acontecer neste projeto.

Além disso, a figura do agente representa um diferencial importante deste projeto ante o modelo tradicional, que parece contribuir para aproximar os profissionais das necessidades do usuário. Diversos depoimentos destacaram a singularidade da constituição das equipes neste projeto pela presença dos agentes comunitários. Estes, como vimos, eram

considerados por todos como “tradutores” das necessidades de saúde da população, não apenas porque descobrem e trazem para o serviço necessidades que identificam em suas visitas, mas também por serem portadores na equipe de uma outra lógica, de uma outra racionalidade, mais próxima à do usuário.

Enfim, a proposta de organização do trabalho, a presença do agente de saúde, o vínculo e a clara atribuição de responsabilidade pela atenção à uma população pareciam contribuir para uma humanização da atenção, para um aumento da dimensão do cuidado e para um envolvimento e compromisso maior dos profissionais com o resultado do trabalho. O envolvimento com o trabalho como refere CAMPOS (2000) é fundamental, para que os profissionais utilizem o saber e o conhecimento que possuem para a produção de saúde e de cuidados.

No entanto, esse maior envolvimento dos profissionais, no momento de realização deste estudo, ainda ocorria, sem a correspondente oferta de condições para que pudessem responder às demandas de maneira mais efetiva, resultando num grande desgaste e sobrecarga. Além do número excessivo de famílias por equipe, que dificultava responder às necessidades de saúde da população adscrita, os profissionais, em geral, não dispunham de tecnologia e saberes suficientes para operar as diferentes dimensões esperadas do seu trabalho.

Passamos então a enfocar mais especificamente o trabalho dos médicos nas equipes de saúde da família.

7.6. A PRÁTICA GENERALISTA

A maior parte dos médicos entrevistados avaliou o generalista como o mais apto para realizar uma abordagem atenta à condição familiar e de vida do paciente, para *“ver o sujeito como um todo”*.

“Acho que o generalista é um profissional mais adequado (...); os especialistas só conseguem acompanhar o indivíduo e a doença e não conseguem fazer a ponte com a situação mais ampla da família (...)” (Dr. Marcos).

Os profissionais avaliaram que atender todos os membros de uma mesma família facilitava cruzar informações, porém, afirmaram que, na maioria das consultas, ainda consideravam apenas o indivíduo: *“O médico atua mais no indivíduo (...); em geral, a gente consegue pensar mais no indivíduo, na consulta. Na maioria dos casos a abordagem é individual” (Dr. Pedro).*

Em muitas unidades, como vimos, prevalecia a regra de não se agendar para atendimento no mesmo dia mais de uma pessoa da mesma família. Alguns médicos trabalhavam apenas com o prontuário individual, indicando que realmente havia dificuldade de incorporar uma atenção mais voltada ao núcleo familiar. Tal dificuldade também se expressava nas consultas observadas neste estudo. As informações a respeito da família e da situação de vida, em geral, eram incorporadas, em casos selecionados, na discussão em equipe.

A maior parte dos médicos, como vimos, não possuía formação generalista, mas considerou que, apesar disso, era possível, com uma boa capacitação, responder aos problemas clínicos básicos de todas as faixa etárias, como referiu a Dra. Marina:

“Se for bem capacitado, tem condições de atender (...), porque o conhecimento não é tão grande nem tão específico assim e existe aquilo que incide mais (...); é preciso ter noções até que ponto atende ou indica encaminhamento (...). Se for bem capacitado nas grandes áreas, tem condições de, com o tempo, ser a referência daquela família”.

Além de boa capacitação inicial, faz-se necessário manter um ritmo de estudo e estar sempre se atualizando: *“Um profissional geral só consegue ser bom com estudo diário. Não adianta (...), tem que estar sempre se formando, se reciclando, principalmente para ser médico de família (...), você sempre vai saber mais alguma coisa que outra” (Dra Berenice).*

A retaguarda de especialistas para a discussão e o acompanhamento conjunto de casos mais complexos também foi apontada como muito importante. Como a capacitação não conseguia cobrir todas as situações cotidianas, os médicos avaliaram que poder acionar rapidamente especialistas para orientar e discutir casos contribuía não só para a formação profissional, mas também para a oferta de uma atenção mais qualificada.

“A capacitação é interessante, mas não dá conta de tudo para a atuação do generalista; seria importante ter um sistema de referência por telefone, para tirar dúvidas (...), para acionar quando necessário, além da retaguarda de encaminhamento para parto e especialidades” (Dr. Marcos) .

De fato, a formação do médico se completa na prática da vivência clínica, na aplicação do conhecimento, no atendimento, daí a importância dos espaços institucionais de supervisão e de discussão de casos. Na específica situação de médicos que, originalmente, não possuem formação generalista, a necessidade de supervisão e de acompanhamento é ainda maior.

O seguimento ao longo do tempo dos pacientes e o acompanhamento do resultado das suas intervenções, na opinião dos médicos, contribuíam bastante para o aprendizado. Apontavam como uma vantagem do trabalho nas ESFs a facilidade de solicitar retorno e de avaliar a evolução clínica dos pacientes, inclusive através das visitas dos agentes e, assim, consideravam que *“aprendiam muito com os casos”* .

Quando estimulados a detalhar a que demandas conseguiam responder na sua prática atual, a maioria dos médicos referiu que conseguia acompanhar bem os grupos programáticos e resolver problemas bem básicos de cada grupo etário, como se deduz do depoimento abaixo:

“O médico de família consegue ver o básico do básico (...), o básico das áreas básicas: consegue fazer puericultura, acompanhar gestante, controlar hipertensão, diabetes (...) e consegue ver as doenças mais comuns: IVAS, diarreia, mas nada muito específico (...); quando tem mais algo específico, a gente falha, (...), a gente não tem aprofundamento em algumas áreas. Tem patologias que eu não sei tratar, e tem dificuldade de retaguarda (...); e aí a gente falha” (Dra. Flávia).

Os entrevistados julgaram que a capacitação recebida, no momento desta investigação, era insuficiente para atender com segurança os pacientes de todas as faixas etárias e sexo. O atendimento à mulher se apresentava como o mais difícil para os que, originalmente, eram pediatras e clínicos. A maior parte deles, não realizava exames ginecológicos: *“O problema maior é na atenção à mulher, climatério e reposição hormonal (...). Como não tivemos formação, fica difícil saber se põe a mão ou não”* (Dra. Flávia).

Como vimos anteriormente, de fato, uma das queixas da população se referia ao atendimento ginecológico. Segundo os agentes comunitários, as pacientes reclamavam que, apesar de colherem o Papanicolau, os médicos não realizavam o exame de toque e apenas tratavam alguns problemas muito simples.

Aqueles que não eram originalmente pediatras mostravam insegurança também no atendimento das intercorrências de pediatria, e até mesmo no acompanhamento de puericultura. O aprendizado ocorria então na experiência prática do dia-a-dia, na dependência da iniciativa do profissional para se qualificar, como explicitou Dra Marina: *“Não sou pediatra e tenho dificuldade nessa área (...); estou aprendendo no dia-a-dia e, para isso, tem que ser humilde (...). Fui me virando, pegando mão, atendendo, conversando e tirando dúvidas com os especialistas (...); acho que agora as consultas estão melhorando (...). Antes eu não pesava a criança sempre (...), a gente tem que se virar”*.

Os médicos apontaram vários problemas no processo de capacitação, particularmente no QUALIS Zerbini, onde, após a mudança da coordenação, os programas de atualização passaram a ocorrer de forma esporádica, sem atender as necessidades dos profissionais, e ainda haviam sido suspensas as discussões conjuntas com os especialistas.

“As qualificações diminuíram (...), praticamente não têm sido realizadas reuniões técnicas com os médicos e também não têm mais reuniões com a coordenação; isso é ruim (...), diminuiu a troca entre os profissionais, (...), as capacitações também diminuíram, não está tendo o que precisamos” (Dra. Marina).

Os profissionais da Fundação Zerbini, apesar de avaliarem que, para se tornar generalista, deveriam *“ter muita disponibilidade interna e estudar muito”*, consideravam

que deveriam também receber uma melhor capacitação institucional: *“Como profissional do QUALIS, preciso ter uma capacitação (...), preciso ter um curso (...). Não estamos atualizados (...), estamos como que isolados; tá certo que tem os livros e a Internet, mas a gente tem que ter capacitação continuada, e isso não está acontecendo”* (Dra. Flávia).

Nas unidades desse QUALIS, durante o trabalho de campo, constatamos que realmente os períodos destinados à capacitação estavam sendo utilizados pelos médicos para outras atividades, como reuniões de equipes, consultas, visitas. Algumas reuniões de atualização aconteciam esporadicamente, não havia uma programação contínua e os temas abordados ficavam, na opinião dos profissionais, *“soltos”*.

No QUALIS Santa Marcelina, na opinião dos médicos, a capacitação estava mais organizada e havia a possibilidade do acompanhamento de casos junto com especialistas nos ambulatórios e no hospital. Também a existência de estágios e de residência em algumas unidades contribuía para a qualificação. Ainda que apresentadas com menor intensidade que no QUALIS Zerbini, os profissionais também apontaram dificuldades para dar conta das diversas demandas clínicas que chegavam para o atendimento e ressaltaram que tinham problemas para conseguir avaliações de especialistas de diversas áreas.

Para superar as deficiências de capacitação, os profissionais das unidades, com diferentes formações originais, ajudavam-se mutuamente na condução dos casos. Assim, ocorria uma troca de experiências e de conhecimentos. Muitos relataram que procuravam também completar a formação nas áreas que tinham maior dificuldade, por conta própria, freqüentando cursos noturnos e estudando sozinhos: *“Já fiz curso de atenção aos pacientes com diabetes por minha conta e agora estou fazendo cursos de emergências e urgências”* (Dra. Camila).

Os gerentes confirmaram em seus depoimentos que a capacitação dos profissionais era deficiente para a prática generalista e que a maior parte buscava uma formação paralela àquela oferecida pela instituição, porque ficavam muito *“inseguros”*. Salientaram que essa era uma questão que dificultava a fixação dos médicos nas equipes.

Muitos deles, pela dificuldade em conseguir retaguarda dos especialistas no projeto, procuravam, para discutir casos, outros médicos que conheciam: colegas da faculdade, amigos e parentes, como disse a Dra. Flávia: *“Aqui tem ECG e as questões básicas eu consigo ver (...); o que tenho dúvida eu levo para o meu marido, que é cardiologista (...); levo também os exames dos outros colegas daqui (...). Como não tem referência (...), a gente recorre aos colegas para trocar idéias”*.

Apesar de procurar discutir com outros colegas, a maioria dos médicos ressaltou que ficavam com vários casos *“pendurados”*, que não conseguiam fechar o diagnóstico e nem tinham segurança para o seguimento. Em decorrência do grande número de pessoas atendidas, não conseguiam *“dar conta”* de discutir e estudar todos os casos que precisariam, o que era motivo de bastante angústia: *“O médico é um retentor da demanda; fica com o médico a responsabilidade de dar conta (...). A gente não consegue ver tudo ao mesmo tempo, pensar, estudar (...) e também não tem tempo de lembrar dos casos complexos que precisaria discutir com outros especialistas”* (Dr. Marcos).

Segundo os médicos, a demanda por atendimento nesse nível de atenção também era constituída por casos clínicos complexos, casos que escapavam apenas da *“evolução normal”* ou do *“básico”*, em que era fundamental a referência para exames subsidiários e para uma avaliação especializada: *“Aqui não dá para fazer só atenção básica, pois aparecem coisas mais complexas, e para isso tem que ter uma referência”* (Dr. Mário).

A retaguarda dos outros níveis de atenção era também importante para oferecer maior segurança aos profissionais. Os médicos relataram que, enquanto os pacientes não conseguiam realizar os exames solicitados e as avaliações com os especialistas, tinham de manter o seguimento dos casos na unidade e *“segurar as pontas”*, o que era motivo de muita preocupação e desgaste, principalmente pelo fato de serem os responsáveis pelo acompanhamento do paciente.

“Tem muitos especialistas que a população não consegue marcar (...); a gente faz o que sabe, mas a continuidade do caso muitas vezes depende do especialista que o QUALIS não tem (...). A gente consegue até aliviar algum problema, mas não resolver (...),

ai a pressão fica grande porque você é o responsável pelo acompanhamento do paciente” (Dra. Berenice).

De acordo com os entrevistados, as dificuldades de retaguarda e de apoio dos especialistas eram particularmente importante para o acompanhamento dos pacientes acamados que apresentavam complicações clínicas, problemas vasculares, cardíacos, entre outros. O depoimento da Dra. Camila expressou bem esse aspecto. Na sua opinião, a maneira como o programa vinha se implantando, sem o apoio especializado, indicava a utilização do médico generalista/de família para a diminuição dos custos da assistência:

“Eu não consigo acompanhar todos os casos da minha área (...); para muitos precisaria ter o especialista junto (...). Atendo pessoas com hipertensão com pernas amputadas e cardiopatia (...); esses não conseguem ir na referência e eu precisaria de ajuda aqui na unidade (...). Eu sou médica de família, mas preciso ter uma especialidade (...), não dá para ser médico de família apenas para diminuir os custos”.

Realmente, para qualificar o trabalho nesse nível de atenção são importantes os programas de capacitação regulares, supervisão e acompanhamento dos profissionais, assim como a articulação com os demais níveis de atenção, pois do contrário corre-se o risco de ofertar uma atenção simplificada e de baixa resolubilidade. Retornaremos a essa discussão mais adiante.

Vale destacar que, se por um lado havia dificuldades importantes na referência, por outro as deficiências na capacitação, e portanto a pouca qualificação dos profissionais, geravam insegurança e também um número maior de solicitações de avaliações especializadas e de exames laboratoriais, como afirmou este gerente: *“A deficiência de formação é, em grande parte, responsável pelo uso excessivo de exames laboratoriais e medicamentos de muitos dos nossos médicos”* (Ger. U.I.).

Em relação ao fato de ser generalista, o problema maior para os médicos era a necessidade de atenderem as intercorrências da população adscrita: *“(...) o problema é dar conta da intercorrência (...); aí tem que dar resposta ao paciente e a sua consciência (...); eu não sou especialista, tem eletros que preciso discutir com o cárdio”* (Dra. Berenice).

Nesses atendimentos expressavam-se de forma mais intensa as dificuldades e deficiências de formação para responder aos vários problemas clínicos do paciente. Segundo os médicos entrevistados, chegavam à unidade, principalmente nas áreas onde havia uma carência maior de recursos de saúde e as condições de vida eram piores, vários casos de pacientes descompensados e com alguma gravidade clínica. Como referiu o Dr. Marcos: *“É um universo muito grande de queixas no eventual (...), o nível de stress é muito grande (...); há possibilidades de cometer erros (...), de deixar escapar coisas”*.

A possibilidade de cometer erros no atendimento era fonte de muito “stress”, sobretudo pelo vínculo e pela responsabilidade que tinham pelo acompanhamento do paciente, por serem o “*médico da família*”, como bem nos mostra o depoimento abaixo:

“Aqui a cobrança é maior (...); se errar a culpa cai em você, porque é o médico da família (...). A gente não deveria atender PA porque sobrecarrega, exige outras coisas do profissional (...). O médico de família deveria ser mais programático, a unidade que trabalha com PSF não deveria ser vinculada à questão de oferecer pronto atendimento” (Dra. Camila).

Como vimos, parte dos médicos defendia que o atendimento nas ESFs deveria ser restrito apenas ao programático e de rotina. Além da alta demanda e do volume de consultas que gerava, o atendimento das intercorrências era motivo de muita tensão para esses profissionais, pois gerava insegurança sobre a possibilidade de dar conta das demandas clínicas dos pacientes que eram de sua responsabilidade. Desse modo, defendiam que houvesse, à parte das unidades de saúde da família, um pronto atendimento de retaguarda.

“Deveria ter uma unidade ao lado para os eventuais. O meu maior medo é comer bola. Para eu atender pediatria e GO exige mais atenção (...), é mais stress, numa hora dessas posso errar (...); essa demanda é um grande desgaste (...), não dá para atender saúde da família e emergência, não dá para misturar os dois canais (...). Mas o Programa de Saúde da Família deveria ser só programático, e as intercorrências seriam resolvidas no PA” (Dr. Pedro).

Esse profissional ressaltou que as condições para exercer a função de médico de família eram mais adequadas no Projeto Niterói, onde havia trabalhado, uma vez que lá existiam supervisão e discussão periódicas com os especialistas das grandes áreas, bem como unidades de retaguarda para o atendimento das urgências: *“Em Niterói tinha supervisão toda a semana, e à medida que discutia os casos, a gente aprendia e tinha também um ambulatório de referência para encaminhar os caos e atender urgências”* (Dr. Pedro).

O Programa do Médico de Família de Niterói apresenta, de fato, uma estrutura um pouco diferente do PSF. A equipe, composta por um médico e uma auxiliar de enfermagem, é responsável por cerca de 280 famílias e conta com reuniões semanais de supervisão com os médicos das grandes áreas (clínica médica, ginecologista, pediatra e saúde pública) e com os especialistas. Essas supervisões prevêm a discussão e o atendimento em conjunto como forma de educação continuada. Além disso, contam com policlínicas de referência para as grandes áreas, assemelhando-se ao modelo cubano (COHEN, 2001). Essa estrutura de apoio, além do número menor de famílias sob responsabilidade dos profissionais, parece resultar em melhores condições de trabalho.

A formação insuficiente dos médicos para resolver alguns problemas clínicos, principalmente de urgências, foi ressaltada também por outros profissionais da equipe. A fala deste auxiliar de enfermagem expressou bem as opiniões dominantes:

“Seria importante que tivessem profissionais com bastante experiência, inclusive de pronto-socorro, mas os que são admitidos na sua maioria são recém-formados ou então tem alguma especialidade e deixam muito a desejar em outras áreas de atendimento (...). Aqui já tivemos exemplos de crianças que chegam convulsionando e aí não sabem como atender e a gente acaba ajudando” (Aux. de enf. - U.IV.).

Em síntese, podemos dizer que responder às diversas demandas clínicas era motivo de tensão para os médicos. Eles consideravam que, como generalistas, conseguiam acompanhar de maneira mais satisfatória, do ponto de vista clínico, os problemas básicos da população de cada faixa etária, para os quais existiam treinamentos e protocolos

estabelecidos: *“Atender a todas as faixas etárias não é complicado, porque o básico, básico, básico dá para fazer (...); tem os protocolos, os treinamentos”* (Dra. Camila).

As questões apresentadas nos fazem refletir então a respeito do risco de estar se produzindo uma atenção simplificada. Parte dos médicos, como será visto adiante nas consultas observadas, demonstrava possuir, inclusive, pequena qualificação para o acompanhamento dos problemas básicos dos grupos prioritários.

Para a oferta de uma atenção de qualidade que responda à maioria das demandas clínicas que chegam a esses serviços, o médico necessita ser bastante capacitado e estar atualizado nos aspectos técnico-científicos, considerando a especificidade desse nível de atenção. Como refere OTERO (1988), o médico generalista/de família não pode ser formado rapidamente em cursos ligeiros, senão corre o risco de se tornar “um enfermeiro de atenção primária”.

Esse autor, em artigo que analisa os estudos sobre a eficácia dos médicos de família, demonstra que esses profissionais podem apresentar níveis de qualidade semelhantes aos especialistas das grandes áreas, mas, para que isso ocorra, é necessário um dimensionamento adequado de todo o sistema de saúde que garanta retaguarda e apoio aos profissionais, bem como mecanismos de formação, qualificação e avaliação constantes. Na literatura dos países da Europa e América do Norte, em geral, não aparecem nos trabalhos levantados sobre os médicos generalistas problemas de referência de outros níveis de atenção.

Os sistemas de saúde que se baseiam na utilização de médicos generalistas/de família com bons resultados, como o cubano e o inglês, apresentam, como vimos, garantia de retaguarda dos demais níveis de atenção, buscam desenvolver mecanismos de integração entre os profissionais dos diversos níveis, assim como sistemas de capacitação, aperfeiçoamento, acompanhamento e avaliação profissional (HORNE et al., 2001; CORNFORD, 2001; RODRIGUÉS et al., 1993).

A implantação de um modelo efetivo baseado na utilização de generalistas, como demonstram as experiências internacionais, é, pois, um processo complexo que

envolve a reorganização não apenas da atenção básica, mas de todo o sistema de saúde e também do sistema de ensino (AZEVEDO, 1988; CABRERA e SHAIMBLATT, 1991).

No caso de Cuba, a sua implantação ocorreu concomitantemente com mudanças no curriculum da escola médica, para formar o médico-geral básico. Visando uma maior qualificação dos profissionais, implantaram também cursos de especialização em medicina geral integral, com três anos de formação na comunidade. O modelo cubano prevê o apoio e a educação continuada dos médicos de família através da integração de atividades assistenciais, docentes e de investigação nos diversos níveis de atenção (DUPUY e PEDROSO, 1993; RODRIGUÉS et al., 1993).

Em cada Policlínico, formam-se Grupos Básicos de Trabalho (especialistas das grandes áreas médicas, pessoal técnico, enfermeiros, assistente social, psicólogo) que apóiam e acompanham diretamente as atividades dos médicos de família. Esses grupos, por sua vez, se articulam com especialistas dos hospitais, trabalhadores sociais e educadores nos chamados Grupos Funcionais de Trabalho, para o desenvolvimento de atividades assistenciais, docentes, de investigação e de apoio técnico-científico (CABRERA e SHAINBLATT, 1991).

Assim, há uma estreita relação entre os profissionais dos diversos níveis de atenção. Os casos clínicos de maior complexidade atendidos nos consultórios de família são discutidos com os docentes dos policlínicos e, caso necessitem de atendimento especializado, são acompanhados pelos médicos de família numa primeira consulta. Esses também podem acompanhar os casos internados no hospital. Para as atividades de promoção, prevenção, vigilância e de ações na comunidade, os médicos de família contam com a supervisão e o apoio dos grupos de trabalho, de educadoras e assistentes sociais, ocorrendo a sua qualificação nas atividades práticas.

Apesar desses investimentos, estudo realizado por CAL et al. (1998), na cidade de Matanza, em Cuba, constatou que os médicos de família ressentiam-se do pouco acesso à bibliografia atualizada, enquanto cerca de 60% deles consideravam a sua formação na especialidade de Medicina Geral Integral insuficiente para o desempenho de suas funções. Embora haja uma ênfase grande do sistema de saúde na questão da vigilância à saúde,

análise feita por REINOSO e SUÁREZ (1999) num município cubano notou que os médicos de família apresentavam deficiências de formação e qualificação nesses aspectos, mantendo um perfil de atuação bastante clínico-curativo.

Na Inglaterra, onde os generalistas já existiam antes da implantação do sistema nacional de saúde, há uma série de publicações com protocolos e *guidelines* para a investigação clínica e tratamento de patologias mais comuns dirigidas aos generalistas. Esses também têm de ser acreditados, exigindo-se sua participação em cursos e atualizações, em atividades de promoção, prevenção e manejo de doenças em pelo menos 25 dias num período de cinco anos. Discutem-se atualmente políticas de qualificação e acreditação dos profissionais mais adequadas, pois investigações apontaram que esses cursos não estavam sendo suficientes para manter o conhecimento dos generalistas em áreas-chaves e que havia dificuldades em atualizar as informações sobre tratamentos mais efetivos, apresentando os profissionais padrões clínicos díspares (CORNFORD, 2001).

Esses exemplos indicam a multiplicidade de questões envolvidas para a qualificação de um generalista. Além de adequados padrões quanto aos aspectos técnico-científicos para responder às demandas clínicas, faz-se necessária uma qualificação para a prática clínica mais ampla, que considere o sujeito enfermo ou com possibilidade de adoecer, questão que voltaremos a abordar mais adiante.

Os médicos do Projeto QUALIS, como vimos, também relataram limites e dificuldades no atendimento e acompanhamento dos casos que envolviam problemas familiares complexos, com questões sociais e psicológicas importantes, apontando o pequeno apoio e pouca qualificação para a abordagem desses casos.

“Os casos mais difíceis, independente da patologia, são os casos de exclusão social e desagregação familiar (...), aqueles que não aderem a nada - o alcoólatra, a mãe que não cuida do filho, as pessoas que não estão nem aí (...); é difícil ter uma atuação mais abrangente e são muitos casos” (Dr. Marcos).

Problemas importantes na qualificação dos médicos generalistas/de família para o atendimento clínico são levantados em vários estudos da literatura nacional e de vários países da América Latina, com exceção de Cuba.

D'AGUIAR (2001), ao estudar a resolubilidade do PSF no município de Volta Redonda, constata que os médicos apresentavam uma qualidade de assistência insatisfatória, dificuldades para o atendimento de áreas como pediatria e ginecologia, com uma grande quantidade de casos referenciados para os demais níveis de atenção e alto consumo de medicamentos, não conseguindo romper com a lógica de reproduzir uma demanda por mais procedimentos.

SOUZA, S., (2001), no seu estudo sobre médicos de dois municípios com programas de saúde premiados - municípios de Sobral e Camaragibe -, constata que esses profissionais estavam pouco preparados para trabalhar no programa, muitos não tinham nenhuma residência médica e não haviam ainda passado por cursos introdutórios. Além dos casos clínicos, um grande problema apontado era a dificuldade de atendimento de casos sociais complexos, nos quais os profissionais se sentem impotentes e com pouca retaguarda de outros profissionais e de políticas públicas.

Em decorrência de avaliações que consideram as capacitações insuficientes para a qualificação clínica dos médicos, alguns municípios, como de Vitória, passaram a incorporar, à semelhança de Niterói, o acompanhamento de equipes locais com os especialistas das grandes áreas - ginecologia, clínica e pediatria (MONTENEGRO et al., 2000).

O município de Campinas inovou na implantação do programa: cada equipe é composta, além do generalista, por mais dois outros médicos das especialidades gerais que tenham formação diversa do generalista, de maneira que cada equipe conta com médicos com formação básica nas grandes áreas (ginecologia, pediatria e clínica-geral), o que, além de qualificar a atenção oferecida, parece diminuir o desgaste dos profissionais. Nesse município, as equipes de saúde da família contam também com apoio de profissionais das áreas de saúde coletiva, saúde mental e reabilitação (CAMPINAS, 2000).

7.7. AS CONSULTAS DOS MÉDICOS

As consultas dos profissionais foram aqui analisadas em relação aos aspectos e dimensões descritos anteriormente nos procedimentos metodológicos. Foi possível identificar dois diferentes padrões de abordagem e de responsabilização dos pacientes, que são apresentados no quadro a seguir. Com algumas variações em alguns itens, no padrão um encontravam-se quatro dos profissionais observados, sendo que os outros três se aproximavam do padrão dois.

É importante destacar que o cotidiano de atendimento desses médicos, como expresso nos depoimentos, era realmente bastante cansativo. Havia muitas demandas, e a porta sempre estava cheia de fichas. Era comum a interrupção do atendimento pelos auxiliares e enfermeiras para solicitar alguma orientação, ajuda na avaliação de casos do acolhimento, troca de receitas, encaminhamentos etc.. Alguns eram também muito procurados por pacientes ou familiares em busca de alguma orientação ou para *“dar algum retorno”*.

Os médicos atendiam, num mesmo período, pacientes de diversas faixas etárias, com problemas clínicos diversos, e ainda ficavam com pendências de muitos casos para *“discutir”*, *“ver melhor depois”*, *“mandar recado pelo agente”*. Parte importante do tempo da consulta era utilizada para o preenchimento de planilhas de produção, de fichas de controle de pacientes, de solicitação de exame, entre outros.

A grande quantidade de atendimentos e a pressão das demandas eram fatores importantes que limitavam o tempo de consulta, dessa maneira, era de se esperar que refletissem no padrão de abordagem dos pacientes. No entanto, a observação de vários médicos de um mesmo serviço permitiu constatar que, submetidos aos mesmos limites e pressões de demanda, eles apresentavam diferentes práticas, diferentes padrões de abordagem dos pacientes, não sendo, portanto, o tempo o seu limitante principal.

QUADRO 1. Padrões de consultas dos médicos

PADRÃO 1	PADRÃO 2
Revisam os atendimentos anotados nos prontuários, avaliam a evolução em relação às consultas anteriores e o seguimento das prescrições e orientações fornecidas.	Difícilmente avaliam a evolução em relação às consultas anteriores e o seguimento das prescrições e orientações. A evolução dos sintomas ou queixas têm de ser ativamente colocada pelo paciente.
Mostram conhecer a história clínica do paciente, possuir algumas informações sobre a sua vida e de outras pessoas da família.	Mostram conhecer pouco a história clínica dos pacientes e também a história de sua vida e de outras pessoas da família.
Investigam de forma mais sistemática as queixas clínicas atuais, mesmo pressionados pelo tempo.	As queixas clínicas, em geral, não são investigadas de forma sistemática.
Nas primeiras consultas, em geral, fazem uma anamnese mais detalhada dos antecedentes pessoais e familiares e realizam exame físico mais completo.	Em geral, a anamnese e o exame físico são bastante dirigidos, mesmo nas consultas de rotina, sendo o segundo frequentemente restrito à medida de PA ou ao exame da orofaringe.
Possuem uma postura acolhedora e procuram deixar o paciente à vontade. Ouvem com atenção e, de certa forma, possibilitam um espaço para que o paciente fale de suas dúvidas e problemas. Em geral, são afetivos e tocam nas pessoas de forma carinhosa.	Não apresentam, em geral, uma postura acolhedora e durante as consultas propiciam pouco espaço para que o paciente fale das suas dúvidas e problemas. Quase não tocam no paciente e demonstram menos interesse pela vida dele.
Abordam na maior parte das consultas, aspectos preventivos e ou controle de risco: checam realização de Papanicolau, mamografia, carteira de vacinação, prevenção de Ca de próstata etc..	Em poucas consultas abordam aspectos preventivos e/ou de controle de risco. Em geral não checam a realização de exames preventivos.
Demonstram ser qualificados para o acompanhamento dos grupos prioritários (puericultura, gestantes, hipertensos e diabéticos), realizando os procedimentos e as orientações preconizados para o acompanhamento desses pacientes.	Mostram problemas para o atendimento de pacientes dos grupos programáticos, não realizando, em geral, os procedimentos preconizados.
Procuram explicar ao paciente a sua situação clínica, as possibilidades de evolução, a conduta e os encaminhamentos, utilizando uma linguagem acessível e próxima ao universo cultural dele.	Explicam pouco sobre o diagnóstico, evolução da doença e tratamento a ser realizado, utilizando predominantemente uma linguagem técnica distante do universo cultural do paciente.
Em casos clínicos mais complexos, em geral, solicitam retornos para <i>“ganhar tempo e poder definir melhor os casos”</i> , estudar, pedir orientação para os especialistas de referência, buscando encaminhar os casos, se necessário, de uma forma mais qualificada e aproveitando também para <i>“aprender”</i> .	Em geral, não utilizam a espera permitida para estudar, discutir e avaliar a evolução dos casos. Ao contrário dos profissionais do outro grupo, tendem a encaminhar o paciente para o especialista.
Ao encaminharem pacientes para atendimento em outros serviços, orientam para que solicitem a contra-referência e retornem para acompanharem a evolução do caso. Abrem a possibilidade em casos mais complexos de serem procurados mesmo sem consulta marcada para orientação/atendimento. Demonstram, assim, responsabilização pelo paciente.	Mostram pouco interesse em assumir o seguimento dos casos e, em geral, quando encaminham para outros serviços, não solicitam para que retornem para acompanharem a evolução. Demonstram pouca responsabilização pelo paciente.
A maior parte dos pacientes atendidos tinha seguimento regular na unidade, inclusive aqueles que acompanhavam com especialistas. São médicos muito procurados para tirar dúvidas e referendar condutas de outros profissionais, demonstrando que estabelecem vínculo e são referência para os pacientes.	Chama a atenção que diversos casos de paciente programático têm seguimento irregular, não parecem ser uma referência para o paciente. Em geral, não demonstram muito interesse em saber o motivo pelo qual o paciente utiliza outros serviços

Ao analisarmos o Quadro acima, podemos constatar que havia diferenças entre os profissionais em relação ao vínculo e responsabilização pelo acompanhamento do paciente; à perspectiva de aumentar o auto cuidado com o fornecimento de informações em linguagem acessível; à postura de acolhimento com a oferta de certo espaço para o paciente expressar dúvidas e sentimentos; à incorporação de aspectos preventivos e de controle de risco na consulta; e à qualificação para o acompanhamento dos grupos programáticos.

Embora não seja objetivo deste estudo, achamos interessante ressaltar que, nas observações, chamou nossa atenção o fato de que os médicos apresentavam dificuldades para o acompanhamento de paciente que não se encaixava nos grupos programáticos (adolescentes, crianças em idade escolar, mulheres na menopausa, entre outros), particularmente nas áreas clínicas que não eram da sua formação original, o que confirma, de certa maneira, as avaliações feitas pelos próprios profissionais, de que conseguiam atender satisfatoriamente os problemas básicos de cada grupo etário, para os quais, havia normas e protocolos estabelecidos. Essas dificuldades, embora observadas em maior ou menor grau em todos os médicos, manifestavam-se também com maior intensidade nos profissionais do grupo dois.

Mesmo diante dessas diferenças, constatamos, em ambos os grupos, que a maior parte das consultas de rotina girava em torno do controle clínico-laboratorial, e a abordagem do atendimento era predominantemente centrada nos aspectos biomédicos, ao passo que pouco se investigavam outras questões ligadas à vida e à subjetividade do paciente que pudessem estar associadas ao seu processo de adoecimento. Utilizaremos, para ilustrar o que estamos comentando, num primeiro momento, exemplos de consultas dos profissionais do grupo I, que apresentavam melhor padrão de abordagem, vinculação e responsabilização pelos pacientes. Iremos nos referir a todos os profissionais no masculino para dificultar ainda mais possíveis identificações.

Consulta 1 – Médico do grupo I

Era uma consulta de rotina de uma mulher de 65 anos que descobriu estar com níveis pressóricos elevados. O médico reconheceu a paciente ao entrar no consultório por já

ter trazido algumas vezes o seu neto para atendimento. Após perguntar pelo neto, inicia a consulta.

Méd. - O que está acontecendo?

Pac. - Medi a pressão outro dia e estava 20x11.

Méd. - Já teve pressão alta antes?

Pac. - Uns tempos atrás eu medi e uma vez me disseram que estava alta, mas depois não tive mais nada.

Méd. - Pressão alta não tem cura, tem controle com dieta, caminhada, evitar nervoso.

Pac. - Mas o que é difícil é evitar o nervoso...

Méd. - Tem inchaço na perna?

Pac. - Só quando viajo.

Méd. - Aumentou de peso ultimamente?

Pac. - Não.

Med. - Alguém mais na família com problema?

Pac. - Minhas irmãs tem diabetes, triglicérides alto.

Méd. - Quando fez Papanicolau?

Pac. - Faz muitos anos que não faço.

Méd.- Vamos marcar para colher porque previne câncer de útero e também para fazer exame da mama.

Após mais algumas perguntas sobre sintomas clínicos, o médico examinou a paciente, explicou sobre a doença e seu controle e fez as seguintes orientações:

Méd. - Vamos fazer alguns exames e sangue de diabetes, colesterol e vou passar receita que vale por três meses. Vamos começar de novo com o Higo-ton, mas tem que tomar todos os dias para controlar a pressão e tem que diminuir o sal e a gordura da alimentação. É bom fazer

controle da pressão duas vezes por semana e no próximo mês vamos ver como ficou e como estão os exames. Tente tomar mais água.

Pac. - Essa pressão alta não vai me assustar. Vou tentar.

A consulta transcorreu sem maiores investigações a respeito da situação de vida da paciente ou de algum acontecimento que pudesse eventualmente estar associado com o descontrole da pressão, mesmo após o comentário dela de que “*o difícil é evitar o nervoso*”. Os diálogos giraram em torno dos sintomas clínicos, da doença e de orientações para seu controle.

A consulta abaixo também expressa dificuldades dos profissionais em considerar na análise das queixas dos pacientes questões relacionadas à situação e à dinâmica familiar.

Consulta 2 – Médico do grupo I

Tratava-se de uma adolescente de 15 anos e de seu pai, que foram atendidos em consulta de rotina num mesmo dia. A adolescente, atendida primeiro, apresentava queixa de dor de cabeça forte com início há dois meses.

Méd. - Qual é o seu problema?

Pac. - Estou com dor de cabeça forte há mais ou menos dois meses, mas só consegui consulta agora.

Méd. - Como é essa dor?

Pac. - De repente começa a doer a cabeça toda.

Méd. - Quando dá a dor de cabeça sente vontade de vomitar?

Pac. - Às vezes. Tem vezes que sinto muita tontura sem dor de cabeça.

Méd. - Tem problema para enxergar?

Pac. - Não.

A consulta prosseguiu com uma análise detalhada de outros sintomas clínicos, buscando caracterizar a história da cefaléia. O médico investigou antecedentes familiares e

pessoais, início da atividade sexual, data da última menstruação, mas não sobre a situação de vida ou da família. Após exame físico normal, solicitou Raio-X de seios da face, exames de sangue, fezes e urina, consulta no oftalmologista, prescreveu analgésico e retorno em um mês.

O pai, atendido em seguida e separadamente da adolescente, apresentou queixa de dor de estômago com início também havia dois meses, que piorava no final de semana. O médico procedeu da mesma maneira, investigando outros sintomas clínicos, antecedentes, porém não incluiu no seu raciocínio clínico que algo no momento de vida ou na dinâmica familiar poderia estar acontecendo, produzindo nos dois - pai e filha - sintomas a partir do mesmo período de tempo. Prescreveu sintomáticos, solicitou diversos exames laboratoriais de sangue, exame de urina, fezes e endoscopia, orientou dieta e pediu retorno. Ao final do atendimento, como no exemplo anterior, pouco se soube da vida dos pacientes e de sua situação familiar.

Ao analisarmos essas consultas, realizadas por um profissional bastante cuidadoso constatamos que o objetivo da sua investigação foi identificar uma “doença” localizada no corpo, abstraindo outras determinações que pudessem estar incidindo sobre ele. Assim, podemos refletir que atender a todos da mesma família não significa, necessariamente, conseguir relacionar a situação e a dinâmica familiar com o processo de adoecimento das pessoas.

Apesar de os médicos, em seus discursos, identificarem a importância de fatores psicossociais no processo de adoecimento e apontarem que a abordagem dos pacientes deveria ser ampla, considerando-se o seu contexto familiar e social, isso não se traduzia, necessariamente, na operacionalização de seu trabalho. As consultas tendiam a se objetivar em torno dos sintomas clínicos, aparecendo pouco a pessoa do paciente, sua história de vida. O conhecimento a respeito dos familiares tendia a ficar então como pano de fundo.

Mesmo os profissionais com compromisso e responsabilização pelo paciente e que apresentavam como ideal de prática oferecer uma atenção integral ao “doente”, e não à “doença”, demonstravam dificuldades de considerar a subjetividade e singularidade de cada

paciente no processo diagnóstico-terapêutico, de pensar em outras dimensões relacionados ao adoecimento.

Assim, fatores sobre a situação e o momento de vida do paciente que pudessem estar associados aos seus sintomas, ao descontrole de “sua doença”, à dificuldade de adesão ao tratamento eram pouco investigados. Muitas vezes, uma queixa de dor de estômago resultava, de forma direta, em medicação antiácida e endoscopia, dificuldades de controle dos níveis pressóricos, em novas prescrições medicamentosas e exames.

A dificuldade de dimensionar aspectos emocionais e sociais no processo de adoecimento se expressava de maneira significativa no atendimento de pacientes com queixas vagas e indefinidas, em que a tentativa de identificar uma “doença” resultava na solicitação de uma série de exames laboratoriais e, muitas vezes, em encaminhamento para especialistas.

Não raramente, os próprios pacientes relacionavam os problemas que enfrentavam no dia-a-dia com os sintomas que sentiam, com o descontrole da sua “doença”. A postura dos profissionais do grupo I, mais acolhedora e afetiva, parecia possibilitar que, de algum modo, esses aspectos emergissem nas consultas, em geral na forma de alguns comentários, como se transbordassem por se acharem muito na superfície. Na maior parte dos casos, no entanto, os médicos se limitavam a ouvir o que aflorava, demonstrando dificuldades para lidar com as questões que surgiam, como no exemplo que se segue.

Consulta 3 – Médico do grupo I

Era um paciente com diabetes, que apresentava aumento de peso e descontrole nos níveis de glicemia. A consulta transcorreu com a avaliação de sintomas, da dieta, da utilização dos medicamentos e com a discussão sobre os exames laboratoriais alterados. O médico, ao identificar que o paciente usava a medicação de forma correta e mantinha a dieta, tomou como conduta modificar o esquema terapêutico e solicitar novos controles laboratoriais. No final da consulta, o paciente, ao se despedir do médico, aponta para o prontuário da mulher e comentou:

Pac. - O problema está aqui.

Méd. - Por quê?

Pac. - Ela não está bem. Vai fazer quimioprofilaxia. O senhor lembra que fez um encaminhamento para o especialista, pois então, era câncer.

O médico, que não havia perguntado nada sobre os familiares e, aparentemente, só se recordou da mulher após o comentário do paciente, fez apenas as seguintes observações:

Méd. - Vai precisar de um suporte, né? Mas não deixe de tomar os remédios fazer os exames e voltar em consulta.

Pac. - Tá bom, não deixo, vou tomar todos os dias.

Apesar de se caracterizar um momento difícil para o paciente e sua família, chegando o médico até a expressar que seria necessário um suporte para a situação, a consulta foi encerrada sem que o paciente pudesse falar mais do seu sofrimento, de seus sentimentos, o que, talvez, pudesse ajudá-lo a lidar melhor com o problema que enfrentava.

Em alguns casos, os médicos suspeitavam e investigavam se os pacientes estavam “*passando nervoso*”, mas esse, em geral, era um dado a mais a compor o quadro clínico, não utilizado, necessariamente, para se compreender melhor o que acontecia com o paciente e para subsidiar as intervenções e a elaboração do seu projeto terapêutico.

Consulta 4 – Médico do grupo I

Tratava-se de uma consulta de uma paciente que havia dois dias fora atendida no pronto-socorro com crise hipertensiva. O médico, após ouvir a descrição dos sintomas que a levaram a procurar por atendimento, iniciou sua investigação.

Méd. - Já tinha pressão alta antes?

Pac. - Não.

Méd. - O que está acontecendo? Está passando nervoso?

Pac. - Faz tempo.

Méd. - Piorou estes dias?

Pac. - Piora a cada dia.

Méd. - Usa comida salgada?

Pac. - Não.

Méd. - Está tomando algum remédio?

Pac. - Estou fazendo reposição hormonal, mas às vezes fico sem porque não dá para comprar o remédio.

Méd. - O que mais está sentindo?

Pac. - Ontem o coração estava acelerado, não estou conseguindo dormir à noite. A preocupação piorou muito ultimamente. Não estou conseguindo comer nada e está difícil trabalhar.

A esses comentários não se seguiram perguntas sobre o motivo da piora do nervoso e das preocupações. A investigação prosseguiu com o interrogatório sobre outras queixas clínicas e de causas que pudessem estar relacionadas ao descontrole da hipertensão, como a alimentação e o uso de medicamentos. Após o exame físico, o médico fez as seguintes orientações:

Méd. - Precisa tirar o sal da comida. Precisa tentar relaxar e ficar calma. Vou prescrever outros remédios que tem que tomar direitinho. Precisa também fazer controle da pressão duas vezes por semana e voltar com a enfermeira. Vou pedir exames de sangue e depois volta comigo.

Pac. - É difícil ficar calma, meu marido saiu de casa há oito dias, ficou sem dar notícias e ontem apareceu para pegar suas roupas (...); ele foi embora de casa e eu tenho três filhos, uma menina de 13 anos que só chora porque o pai foi embora.

Méd. - Não adianta ficar nervosa, nessa situação tem que demonstrar segurança com os filhos. Procure conversar mais com os amigos. Tá bom?

Com essa recomendação e sem oferecer mais espaço para que a paciente pudesse falar sobre o momento pelo qual estava passando, provavelmente relacionado ao seu adoecimento, a médica encerrou o atendimento pedindo um retorno em 15 dias com a enfermagem.

A grande quantidade de atendimento realmente impunha limites no tempo a ser dispensado a cada paciente, no entanto, como apontado nos próprios depoimentos dos médicos, havia também dificuldades de incorporar no processo diagnóstico-terapêutico as questões que se apresentavam. Alguns médicos, após a observação, expressavam essas dificuldades com comentários como: *“Sei que tem problemas, mas não consigo conversar muito com ela, não sei muito o que fazer”*.

Podemos pensar que parte das dificuldades de *“escutar”* os problemas que os pacientes traziam nas consultas, em oferecer mais espaço para falarem, talvez se deva a dificuldades dos profissionais entrarem em contato com questões que trazem *“sofrimentos”*, sem vislumbrarem possibilidades de intervenções sobre os problemas.

Como nos exemplos aqui exibidos, muitas eram as consultas em que afluíam dramas e problemas vivenciados pelos pacientes, tais como: conflitos com os cônjuges, com os filhos, necessidade de cuidar de familiares acamados ou dependentes, com problemas econômicos, dificuldades para lidar com as limitações impostas pela doença, com o envelhecimento, etc.

A abordagem predominante era a expressa acima. As intervenções, quando ocorriam, tendiam a ser normativas, genéricas, apresentando-se na forma de conselhos orientados pelo bom senso, que dialogavam pouco com a singularidade dos pacientes e suas circunstâncias, com os limites e possibilidades de serem implementados. Em geral, no final da consulta, acrescentavam-se recomendações, que eram as mesmas para pessoas com histórias e problemas diferentes: *“Relaxe”, “feche os ouvidos e os olhos”, “tem que ficar calma senão a pressão sobe”, “deixe os problemas para lá”, “tem que evitar o nervoso saindo de perto do problema”*.

Por exemplo, a uma gestante que durante a consulta mostrou-se bastante angustiada com o marido desempregado e alcoólatra, com as dificuldades para manter o emprego de faxineira até o final da gravidez, foi acrescentado após as orientações de cuidados do pré-natal: *“O ideal é deixar os problemas para lá. Procure tomar um chá e respirar fundo. Ficar nervosa só faz mal para o bebê”*.

Algumas vezes os profissionais buscavam enquadrar as queixas de “nervoso”, desânimo, ansiedade num diagnóstico, de maneira que pudessem ser resolvidas por uma prescrição medicamentosa, como um antidepressivo ou ansiolítico. Ou ainda havia soluções como a relatada por um dos médicos do grupo I, que, ao perceber que algumas pacientes retornavam muito à unidade para consultas eventuais, que suas queixas eram de ordem emocional e a vinda ao serviço uma forma que encontravam para “espairecer”, resolveu prescrever a elas, a cada dois dias, soro e vitaminas endovenosas.

Mas qual seria o efeito que a prescrição de uma medicação endovenosa teria para as pacientes que demandaram o serviço de saúde expressando seu “sofrimento” na forma de queixas que não podem ser associadas a uma patologia orgânica? Seria esse o melhor modo para intervir no seu processo de adoecimento? Essa conduta não estaria contribuindo para manter o seu sofrimento e a dependência dos serviços de saúde?

A possibilidade de os pacientes falarem de suas dificuldades e problemas já tem em si uma função terapêutica. Além disso, o que se produz no encontro clínico, o vínculo e os afetos aí disparados, assim como o poder dos médicos no imaginário do paciente, podem possibilitar que as recomendações fornecidas efetuem mudanças nas relações que as pessoas estabelecem com os seus problemas e, conseqüentemente, interferir no seu processo de adoecimento. Chamamos a atenção justamente pela potencialidade que existe nesse encontro, para o quanto é importante que os profissionais façam intervenções qualificadas. O exemplo acima, de um profissional envolvido com o paciente, demonstra a dificuldade do médico em conseguir compreender e intervir em situações em que as queixas expressam um adoecimento que não tem uma localização no corpo.

De fato, parte significativa da demanda por serviços de atenção básica é constituída por “problemas” que não conseguem ser classificados em uma entidade

nosológica específica, atingindo, segundo alguns autores, valores de 50% a 60% (ALMEIDA, 1988)¹ do total de atendimentos. Muitas tensões sociais e emocionais, como vimos, se expressam na forma de um sintoma, de queixas que, ao não serem identificadas e adequadamente abordadas, aumentam a dependência dos serviços de saúde, dos medicamentos, impedindo que os pacientes ganhem autonomia para enfrentar as dificuldades da vida.

BALINT (1988) afirma que o médico é a “droga” mais usada na prática clínica geral e, como tal, pode trazer efeitos colaterais. A sua resposta à “oferta” dos pacientes tem significados que podem contribuir para o desenvolvimento/estruturação da “doença” ou para o seu restabelecimento. Assim, mesmo profissionais comprometidos em oferecer ajuda, quando não conseguem perceber a “real” necessidade de atenção das pessoas, podem contribuir para a estruturação de uma doença.

Esse autor dedicou grande parte de sua obra a estudar a consulta dos médicos clínicos-gerais na Inglaterra, desenvolvendo um trabalho voltado para ajudar os profissionais a perceberem as necessidades dos pacientes, seus sofrimentos, numa consulta comum. É bastante conhecido seu livro *Seis Minutos para o Paciente*. Considerando que grande parte das consultas no primeiro nível de atenção apresenta importantes componentes psicossociais, ele destaca como é valioso que o médico responsável pela continuidade da atenção desenvolva a destreza para lidar com esses componentes e com o momento de encontro com o paciente.

BALINT (1988) ressalta que na prática clínica-geral o médico deve ser qualificado para entender e poder “escutar” o que não se encaixa numa provável “alteração anatomopatológica”, as demandas inconscientes “não-explicitas” que os pacientes trazem às consultas, assim como para perceber como seus próprios sentimentos e valores e a própria dinâmica que se estabelece no encontro com o paciente podem interferir no processo diagnóstico-terapêutico.

¹ ALMEIDA, E.L.V., apud SOUZA, A.R.N.D. *Formação Médica, Racionalidade e Experiência: O Discurso Médico e o Ensino da Clínica*. Rio de Janeiro, 1998 [Tese de Doutorado - Instituto de Psiquiatria da URFJ].

Contudo a prática médica tende a ser considerada como uma prática “neutra”, na qual o médico, identificado com o seu saber, seria despossuído de uma subjetividade e sua atuação tida como livre de concepções ideológicas, pessoais, de valores e sentimentos. Da mesma forma, tende a não ser considerado o que acontece no momento de encontro com o paciente. Nesse encontro, como já abordamos, há sempre uma carga emocional de ambas as partes, embora com sentidos e sinais diversos. Médico e paciente são afetados por emoções e identificações, ocorrendo mecanismos transferenciais que dificultam ou facilitam a aplicação de seus conhecimentos, a aceitação e a seleção de queixas para investigação e intervenção.

A percepção e o entendimento, por parte do médico, dos seus sentimentos, dos afetos mobilizados no encontro com o paciente, estão relacionados a uma maior possibilidade de escuta, de perceber mensagens não-verbais, de acolher o paciente em suas experiências de sofrimento e angústia, e portanto a uma maior capacidade de diagnóstico e de efetividade da intervenção terapêutica.

Sendo assim, BALINT (1988) considera que os médicos, que por si sós apresentam um efeito terapêutico, devem buscar formação, no sentido de passarem de uma relação mais intuitiva para uma mais consciente e com possibilidades de ser mais bem conduzida. Como todo ato médico, explícita ou implicitamente, tem estratégias e objetivos psicoterapêuticos, o autor discute a importância de esses profissionais incorporarem referenciais da psicanálise ao seu trabalho. Além de qualificação específica para isso, ressalta que os médicos necessitam de um trabalho de autoconhecimento e de reflexão constante para se tornarem pesquisadores da função clínica. O autor desenvolveu esse trabalho com médicos através de grupos de discussão de casos e análise das experiências clínicas, coordenados para profissionais de saúde mental, conhecidos como grupos Balint.

Subsidiar os médicos para a escuta, para entender o que acontece no momento do encontro, é importante não apenas para uma atenção mais eficaz ao paciente, mas para o próprio profissional, que, como vimos nos depoimentos, também sofre com os problemas apresentados e as dificuldades de resolvê-los. A essas experiências de BALINT (1988) seguiram-se outras, que, com diferentes referenciais analíticos, se baseiam também em

qualificar o profissional para ampliar a “escuta” no momento de encontro, por meio de discussões e reflexões das vivências clínicas, coordenadas por outro profissional qualificado (PEDROSA, 1992).

Na prática médica, como já abordamos, a percepção de outras dimensões no processo de adoecimento é tensionada pela própria racionalidade médica. Como refere CAMARGO (1993), o trabalho do médico está voltado para a identificação e eliminação das doenças e das lesões que o causam, que deve ser realizado *“excluindo-se os sujeitos acometidos”*.

Esse autor, em seus estudos sobre a racionalidade médica, ressalta que a ruptura epistemológica que caracterizou o nascimento da clínica moderna com a incorporação da necropsia é a base do modelo teórico que orienta a prática e o saber médico, em que a verdade das doenças deve ser buscada na intimidade microestrutural dos tecidos, na alteração da estrutura anatomopatológica. Portanto, todo o trabalho médico se faz orientado para a identificação e eliminação da doença e das lesões que a causam, o que reduz todo o processo de adoecimento ao biológico, excluindo outros componentes psicológicos ou sociais que possam estar envolvidos (CAMARGO, 1992; 1993).

É o doente que procura o médico, mas é a doença que o médico procura diagnosticar, buscando no “corpo doente” alterações de ordem anatômica ou fisiológica que permitam uma reparação. Nos passos necessários para o diagnóstico, há um processo de objetivação, uma tentativa de fazer surgir da subjetividade, do sofrimento do paciente a objetividade da doença. O sofrimento do paciente transmuta-se em corpo doente e, a seguir, em corpo patológico do saber médico, que, com base na normatividade biológica, projeta uma terapêutica (SCHRAIBER, 1992; 1993).

Essa racionalidade tende a fazer com que a relação dos profissionais seja com a “doença”, e não com o “doente”. O olhar e a escuta esbarram nos limites disciplinares do conhecimento para a análise da “queixa”, dos sintomas que levam as pessoas a procurar por atenção e cuidado. Uma atenção dirigida ao “doente”, às suas necessidades singulares, só pode ocorrer transpondo esses limites, incorporando outros referenciais de análise, outros saberes, outras tecnologias.

Espaços de discussão que coloquem em análise essa racionalidade, a aquisição de esquemas referenciais, de saberes e tecnologias que auxiliem a entender as demandas relacionadas aos aspectos subjetivos e emocionais do paciente envolvidos no seu processo de adoecimento e restabelecimento, os próprios valores e sentimentos do médico que podem ou não dificultar a demanda dos pacientes, bem como compreender e lidar com a dinâmica singular que se estabelece no encontro clínico são apontados na literatura como importantes para intervenções mais eficazes, que auxiliem o paciente a romper com as cadeias de determinação de seu adoecimento e também para diminuir o sofrimento e o desgaste do próprio profissional, que é mobilizado pelas situações com as quais entra em contato.

MATTA (1996) afirma que as contribuições do campo da psicologia para a percepção das inter-relações entre o profissional e o paciente e sua família e dos “ruídos” da comunicação têm evidentes repercussões na eficácia da prática clínica, mas chama a atenção para a importância de não se reduzir os processos de subjetivação à causalidade psíquica. Nesse processo, e também nos “ruídos” da comunicação entre profissionais e pacientes, há a interferência de componentes históricos, culturais, institucionais, entre outros, que devem ser considerados.

Adquirir referenciais para lidar com a subjetividade, ter noção dos mecanismos envolvidos na interação humana e saber manejá-los é valioso para uma prática clínica que se pretenda mais ampla, porém, como diz o autor acima, não se pode restringir a isso.

Como já abordamos no referencial teórico, uma clínica que não medicalize todos os problemas de saúde, que tenha compromisso com a vida, com a produção de maiores níveis de autonomia do usuário, com o aumento de sua capacidade para enfrentar os problemas de saúde a partir de suas condições concretas de vida, necessita da incorporação de diversas tecnologias, de diversos campos do conhecimento (sociologia, antropologia, ciências sociais, educação, filosofia), bem como de processos de reflexão e análise constantes.

Na ocasião deste estudo, os espaços de discussão, análise e avaliação da prática clínica do Projeto QUALIS eram escassos. A equipe fundamentalmente era constituída por profissionais com referenciais biomédicos, o que tendia a fazer com que a análise e as intervenções se mantivessem nos limites disciplinares da biomedicina.

Os exemplos fornecidos até o momento dizem respeito às consultas realizadas pelos profissionais do grupo I. Se havia dificuldades para os médicos desse grupo considerarem e lidarem com as diversas dimensões presentes no processo de adoecimento, essas dificuldades se apresentavam com maior intensidade nos profissionais do grupo II. De fato, nas consultas observadas deste grupo o espaço dos pacientes era pequeno, até mesmo para que expressassem suas queixas orgânicas. Mostramos dois exemplos de atendimento para ilustrar o que estamos dizendo.

Consulta 5 – Médico do grupo II

Tratava-se de uma paciente que agendou consulta por apresentar dor de ouvido. O médico iniciou a consulta perguntando:

Méd. - Está coçando?

Pac. - Eu tenho tido coceira no corpo.

Méd. - O corpo a gente fala depois, quero saber do ouvido.

Pac. - Não, senhor.

O médico passou então a realizar a otoscopia; após o término desta, a paciente perguntou:

Pac. - Posso conversar com o senhor?

Méd. - Sim.

Pac. - O meu corpo todo está coçando e acho que minha pressão está alta.

O médico interrompeu a paciente novamente e passou a medir a pressão; durante a medida, perguntou: - Tá bom, mais alguma coisa?

A paciente esperou que o médico terminasse e perguntou novamente:

Pac. - Posso falar com o senhor?

Méd. - Sim?

Pac. - É que eu estou com dor no joelho, será da pressão?

Méd. - Não creio.

O médico examinou o joelho e, sem investigar mais nenhum sintoma, prescreveu o medicamento para a dor de ouvido, para a coceira, para a pressão, e falou da restrição de sal. Explicou a receita enquanto escrevia e, ao terminar, a paciente perguntou:

Méd. - Já tinha pressão alta antes?

Pac. - Não.

Pac.- Dá para o senhor me dar o dia de hoje.

Méd. - Por quê? - perguntou, com certa irritação.

Pac. - Porque hoje eu não estou me sentindo bem.

Méd. - Eu vou lhe dar, mas não é nossa prática. Precisa marcar um retorno para acompanhar a pressão.

O padrão de interação dos profissionais deste grupo tendia a ser bastante autoritário. Por várias vezes, ouvimos a seguinte frase: *“Agora você vai me ouvir e não falar”*. Esse padrão tendia a ser reproduzido, como observamos, nas visitas domiciliares, nos grupos e também na relação com os outros profissionais da equipe.

Em muitas consultas, além de ignorados os aspectos da vida do paciente, as queixas permaneciam quase sem investigação, assemelhando-se, nesse sentido, ao padrão de atendimento médico encontrado por MENDES-GONÇALVES (1994) em seu estudo, em que a queixa substituíra a história clínica e o exame físico, e se constituía quase diretamente numa hipótese diagnóstica, que, em geral, resultava em uma terapêutica medicamentosa.

Na consulta abaixo, a paciente chegou com um quadro de descontrole emocional. A observação do atendimento produziu uma sensação de grande desconexão entre a atuação do profissional e o que era apresentado pela paciente, o que culminou com a recomendação final para que ela se alimentasse bem, quando um dos problemas que enfrentava era justamente a falta de comida em casa.

Consulta 6 – Médico do grupo II

Tratava-se de uma paciente que entrou no consultório tendo uma crise de choro, queixando-se de tontura e de mal-estar.

Méd. - Já tinha pressão alta antes?

Pac. - Não.

Méd. - O que está acontecendo?

Pac. - A comida sobe e desce, não estou conseguindo comer. Há uma semana tive desmaio, não sei se é do Aldomet que estou tomando.

Méd. - Tem tontura antes ou depois do remédio?

Pac. - Não sei. Estou também com a perna inchada, com prisão de ventre e também tenho tido falta de ar. Eu estou nervosa, meu marido está desempregado e (...) às vezes falta comida.

Méd. - A urina como está?

Pac. - Tá boa.

A paciente continuava bastante nervosa e agitada, o médico mediu a PA e constatou que estava normal. Não realizou exame físico.

Méd. - Faz tempo que não faz exames, né? Vou pedir glicemia, colesterol, triglicérides, hemograma, ácido úrico, ECG, raio X, e vou te encaminhar também para o cardiologista.

Pac. - Estou também com atraso da menstruação. Faz cinco dias que parei a pílula e ainda não desceu.

Méd. - Será que não está grávida?

Pac. - Estou desconfiada.

Méd. - Vou pedir teste de gravidez, depois, se der positivo, a gente vê o que faz. Vou dar remédio para o enjôo e precisa se alimentar direito.

Na descrição que fizemos do padrão de consultas desses profissionais apontamos que apresentavam pouca responsabilização pelos pacientes, pouco cuidado para orientá-los com linguagem acessível e quase não incorporavam aspectos preventivos e de vigilância em suas consultas. Chamou-nos a atenção em seus atendimentos que havia muitos pacientes crônicos descontrolados, com problemas de adesão ao tratamento, muitos em seguimento irregular com complicações da hipertensão e diabetes e, por outro lado, muitos retornos dentro de um mesmo quadro clínico por não terem sido fornecidas informações sobre a evolução esperada.

Embora não tencionássemos avaliar a adequação dos diagnósticos e condutas, os profissionais deste grupo demonstravam possuir também uma menor qualificação nos aspectos técnico-científicos. Talvez por essa razão, e ainda pela escuta mais restrita e pelo menor interesse pelos pacientes, o número de solicitações de exames subsidiários e encaminhamentos parecia ser maior que do grupo I. Estas considerações devem ser tomadas com os devidos limites, mas são aqui apontadas porque nos chamaram atenção e nos pareceram importante para futuras investigações, especificamente desenhadas para esse fim.

Os diferentes padrões encontrados entre os médicos nos indica que havia pouca atuação gerencial sobre o trabalho médico, permanecendo este, em grande parte, ainda dependente da auto-regulação dos profissionais.

De um modo geral, como nessa experiência, as atuações gerenciais em relação ao trabalho médico se restringem mais à organização e à dimensão externa do trabalho, dificilmente se questionando como se realiza a prática clínica, a responsabilização, o vínculo que esses profissionais estabelecem com os pacientes (CAPOZZOLO, 1997).

Como abordado por diversos autores, os médicos detêm uma autoridade socialmente legitimada de definir, executar e avaliar o seu trabalho, o que os coloca numa posição diferenciada em relação aos demais profissionais, causando tensão na atuação gerencial (CASTANHEIRA, 1996).

De fato, as dificuldades de discutir com os médicos sobre a sua prática clínica foram apontadas pelos gerentes das unidades: *“Apesar de ser médica que ajuda a discutir, tenho dificuldades com eles (...), tenho problemas para integrar mais o trabalho”* (Ger. U.III).

Em síntese, nas consultas observadas, os profissionais demonstravam dificuldade de perceber outras dimensões relacionadas ao adoecimento, de considerar a singularidade e a subjetividade dos pacientes no processo diagnóstico-terapêutico, o que, além de uma oferta de atenção pouco eficaz, tendia a realimentar a demanda por mais consulta, o consumo por mais exames e procedimentos.

Mesmo aqueles imbuídos da vontade de ofertar uma atenção humanizada, com compromisso pelos pacientes e disponibilidade para estabelecer vínculos, apresentavam dificuldades para realizar uma escuta ampliada, demonstrando não possuírem referenciais e instrumentos para isso, indicando, assim, a necessidade de qualificá-los para tal.

Ter disponibilidade de voltar-se para o paciente é um valioso ponto de partida, mas, para uma prática que não pretenda ser somente humanizada, é necessário qualificar a escuta, concebendo-a não apenas como abrigo e conforto, mas como uma tecnologia importante para diagnosticar e intervir nas necessidades dos pacientes. Como refere MERHY (1997b, 2002), o território das tecnologias leves, das relações é o lugar estratégico de mudanças no modo de se produzir saúde.

É importante ressaltar que a necessidade de qualificar a escuta não se refere apenas ao médico, mas aos diversos profissionais da equipe. Esses mesmos padrões tendiam a ser reproduzidos no atendimento de enfermagem. Apesar de os enfermeiros ressaltarem em seus depoimentos que caberia a eles uma abordagem mais ampla dos pacientes, mais voltada para a orientação e a educação em saúde, havia nos atendimentos que foram observados neste estudo uma grande preocupação com as queixas clínicas, com a identificação de problemas físicos. O exemplo abaixo ilustra o padrão predominante nas consultas de enfermagem observadas, demonstrando uma abordagem bastante normativa, pouco dialogada com os pacientes.

Tratava-se de uma primeira consulta de pré-natal de uma mulher de 21 anos, grávida do terceiro filho:

Enf. - A gravidez é desejada?

Pac. - Não foi desejada nem planejada. Meu último filho nasceu há sete meses e eu estava tentando colocar o DIU quando engravidei.

A resposta foi então anotada pela enfermeira sem que procurasse dar continuidade ao diálogo sobre questão tão fundamental para a paciente. A consulta prosseguiu com outras perguntas para o preenchimento da ficha e com os procedimentos de rotina: a enfermeira pesou a paciente, mediu a PA, solicitou exames laboratoriais e iniciou as orientações, parabenizando pela gravidez, orientando sobre alimentação, recomendando que não usasse bebidas alcoólicas, não fumasse. Finalizou então com a seguinte fala:

Enf. - Tente ficar bem com você para transmitir calma para o bebê.

Pac. - Mas eu estou nervosa, porque perdi também a chance de ser admitida no trabalho porque o teste de gravidez na urina foi positivo.

A enfermeira tentou animar a paciente respondendo, quase de imediato, que era possível realizar vários tipos de trabalho em casa. E se despediu, desejando-lhe boa sorte.

Outros estudos que analisaram o trabalho médico nas ESFs, também apontaram questões semelhantes às que detectamos. D'AGUIAR (2001), ao estudar o PSF de Volta Redonda, afirma que os médicos forneciam informações e recomendações aos pacientes sem levar em conta a especificidade de sua cultura, suas emoções e anseios.

Na literatura internacional encontramos diversos estudos mostrando a inabilidade dos médicos generalistas/de família de perceberem sofrimentos e conflitos que os pacientes enfrentam na vida ligados ao adoecimento, de considerarem seus valores nas orientações fornecidas, e ainda a dificuldade de pacientes relatarem sintomas aos médicos em decorrência de uma anamnese muito dirigida. Esses estudos ressaltam que essas dificuldades resultam em limites na detecção precoce de agravos de saúde e também em problemas na adesão dos pacientes às recomendações fornecidas, destacando a necessidade, para práticas mais efetivas, de ampliar a abordagem clínica e a percepção dos profissionais

(BRUCE et al., 2002; VAN WELL, 2002; MOLL et al., 2002, VAN DEN AKKER et al., 2001; KRAVITZ et al., 2002; LUPTON et al., 2001; NETTING e WILLIAMS, 2000).

Estudo realizado com médicos generalistas de quatro países europeus (Portugal, Espanha, Suécia e Finlândia) identificou neles um grau variado de conhecimento sobre os problemas de saúde dos pacientes e seus familiares, com variações na continuidade do seu atendimento e acompanhamento. O pior desempenho ficou com os médicos finlandeses onde não há uma adscrição de pacientes a cada profissional. O tempo de duração das consultas chegou a menos de cinco minutos em mais de 50% das consultas dos médicos espanhóis (PASTOR-SÁNCHEZ et. al., 1995).

Na literatura podemos observar que essas são questões relacionadas com a prática médica em geral e que, contemporaneamente, têm sido focalizadas como aspectos-chave para a melhora na qualidade da atenção. Tem sido então desenvolvida uma série de propostas e instrumentos que utilizam diferentes referenciais teóricos (psicologia, comunicação, da educação em saúde, da antropologia, filosofia) para aumentar a percepção dos médicos das necessidades dos pacientes, de sua realidade de vida, e assim possibilitar uma atuação cujas orientações dialoguem com a sua singularidade, considerem sua experiência de adoecimento, suas crenças, valores e desejos, enfim a “doença” vivida pelo doente e sua complexa realidade (SIMMONS et al., 1995).

STEWART et al. (2000), em pesquisa realizada com médicos de família canadenses, constataram que há uma associação estatisticamente significativa entre padrões de abordagem centrados no paciente e uma menor utilização de medicamentos, exames diagnósticos e retornos para consulta médica. A abordagem centrada no paciente inclui a exploração durante a consulta de aspectos relacionados à experiência de adoecimento dos pacientes (sentimentos sobre o estar doente, impacto sobre sua rotina etc.), à compreensão da pessoa, incorporação de aspectos preventivos e também da discussão conjunta das opções para o manejo da patologia e seu tratamento.

Diversos estudos demonstram que essas abordagens, que não necessariamente implicam aumento significativo do tempo de duração das consultas, contribuem para melhorar os recursos pessoais dos paciente para lidar com a sua doença, resultam em

respostas mais adequadas no controle e convivência com doenças crônicas, no aumento da adesão ao tratamento e, conseqüentemente, numa maior satisfação dos pacientes e dos profissionais (KAPLAN et al., 1989; LAINE e DAVIDOFF, 1997; ROTER et al., 1997; AVERASTURI e ALMEYDA, 1992).

Estudo feito por DOWELL et al. (2002) com médicos generalistas ingleses aponta melhora na adesão do paciente ao tratamento quando os profissionais passaram a realizar abordagens que buscavam compreender as concepções que os pacientes traziam sobre a doença e a medicação, bem como a refinar suas intervenções clínicas através de momentos de análise no estilo dos grupos Balint. Os autores destacam que esses grupos auxiliavam os médicos a refletir sobre o tipo de relação que estabeleciam com os pacientes, a compreender os limites e as incertezas presentes na prática, contribuindo para o manejo dos casos complexos e para a diminuição do stress dos profissionais.

Em algumas províncias do Canadá, em vista da alta prevalência de problemas psicossociais (cerca de 40%) e de problemas psiquiátricos (25%), na demanda de médicos de família, e da baixa capacidade de diagnóstico e intervenção dos profissionais nesses problemas, vem sendo proposta a integração de trabalhadores de saúde mental em clínicas de médicos de família (KATES et al., 1997).

Essa integração tem como objetivo qualificar a atenção dos médicos, bem como melhorar o acesso e a eficiência no uso de serviços e atendimentos específicos de saúde mental, através de discussões e acompanhamentos conjuntos de casos. Avaliações realizadas na província de Ontário, após um ano de implantação desse modelo, têm apontado melhor qualificação dos médicos e redução no número de encaminhamentos para atendimento específico na área de saúde mental (KATES et al., 1997).

Diversos estudos indicam a necessidade de atuações mais integradas dos médicos generalistas com profissionais de outras áreas (trabalhadores sociais, educadores, de saúde mental, entre outros) para o acompanhamento de problemas complexos (NETTING e WILLIAMS, 2000; LUPTON et al., 2001).

Relatamos aqui alguns estudos encontrados na nossa revisão bibliográfica dos últimos três anos no Medline sobre os médicos generalistas que ressaltam a necessidade da

continuidade do seguimento, do vínculo, de qualificar a prática desses profissionais para uma atenção que esteja voltada às necessidades do “doente”, em que o trabalho conjunto e os espaços de discussão com profissionais de outras áreas de atenção assumem dimensão importante.

Esses têm sido os referenciais, como vimos, que vêm orientando nossas propostas de reformulação da prática médica. Equipes matriciais com profissionais de outras áreas do conhecimento para apoio ao trabalho clínico, na condução dos casos e na elaboração de projetos terapêuticos, têm sido indicada por CAMPOS (1996) como mecanismos para ampliar a prática clínica.

7.8. NO OLHO DO FURACÃO

Pelo que apresentamos até o momento, é possível compreender por que o tema da sobrecarga e do desgaste ganhava destaque no depoimento dos médicos. A organização da atenção estava bastante centrada na oferta de atenção médica individual, e os médicos eram figuras nucleares no processo de trabalho, referências importantes tanto para os demais profissionais quanto para os usuários dos serviços.

Esses profissionais, em seus depoimentos, ressaltaram a pressão que sentiam com as múltiplas atribuições e exigências do trabalho nas ESFs. Enfrentavam uma diversidade de problemas e tinham de responder a demandas variadas, com uma grande sobrecarga quantitativa e qualitativa de trabalho, como expressam os depoimentos abaixo:

“Tem uma multiplicidade de problemas (...); casos com variedade de gravidade clínica, de aspectos psicológicos e sociais (...). A questão das prioridades, do acolhimento (...). A gente acaba precisando ser super, um supermédico” (Dr. Marcos).

“Além de ter que dar conta das prioridades do ministério, saber por que o paciente não veio em consulta, de dar conta de ser médico, a gente tem que ser meio padre, assistente social, psicólogo (...); tem pressão da demanda, pressão da comunidade, pressão de várias frentes do gerenciamento (...), cobrança de dados, da produção de consultas, de

diminuir o número de óbitos e de intercorrências com os pacientes (...). O vínculo também é desgastante, consome por dentro” (Dr. Pedro).

“É muito desgastante trabalhar como médico de família, há sobrecarga de trabalho, sobrecarga de problemas (...). É um trabalho extremamente envolvente (...), tem um vínculo diferente com o usuário (...); é ele dentro do contexto social (...), mas a parte social é muito desgastante (...). Ainda se espera do médico muitas coisas, há um trabalho de equipe, mas o médico acaba sendo visto como a última chance” (Dra. Marina).

Devido às características das áreas de atuação das equipes e também pela atuação dos agentes de saúde, como vimos, chegavam para acompanhamento muitos casos complexos resultantes da miséria social e da extrema pobreza, o que atingia e chocava todos os profissionais : *“Aqui a questão social é muito desgastante, há uma sobrecarga de problemas” (Dra. Flávia).* Relataram então que enfrentavam muitas situações difíceis e conflituosas, as quais exigiam um constante posicionamento, como por exemplo *“lidar ao mesmo tempo com o atendimento à vítima de uma violência doméstica e com o agressor” (Dra. Camila).*

Da mesma maneira que citaram casos com os quais se sentiam gratificados pela atuação que conseguiam em conjunto com a equipe, mencionaram também inúmeros outros que consideravam de “insucesso”, que expunham os limites de suas intervenções e da equipe e produziam uma sensação de impotência. Ambas as situações implicavam um grande envolvimento emocional dos profissionais: *“O médico e a equipe têm dificuldades de ver os limites (...), acreditam que vão resolver tudo, mas, (...) com o tempo, começam a perceber as limitações, bate as dificuldades para resolver os casos e (...) dá desespero” (Dr. Pedro).*

As visitas domiciliares nas áreas, a maior proximidade da realidade de vida da população e a adscrição da clientela permitiam conhecer melhor os pacientes e, conseqüentemente, ocasionavam uma percepção maior das suas dificuldades. Para este profissional, *“o sujeito que é médico de família é meio louco, se tiver uma certa sensibilidade se angustia muito (...), sai pela rua e sabe o que cada paciente tem e as suas dificuldades” (Dr. Marcos).*

Os profissionais apresentaram em seus depoimentos que o trabalho nesses serviços era difícil e desgastante porque o tempo todo estavam lidando com “o sofrimento alheio, que não é só físico” e “não se aprende lidar com isso (...), não se aprende na faculdade”. Como referiu esta médica, tratava-se de uma proposta que, pelo envolvimento, “não dá para dizer que vai só até ali e acabou (...); os profissionais se desestruturam, se emocionam, entram no limite” (Dra. Alba).

No trabalho em saúde, de fato, o tempo todo estamos lidando com “o sofrimento alheio”. O que parece ocorrer na organização desses projetos é que há uma maior percepção desse sofrimento pelos médicos. Nesta proposta, estes não conseguem ficar protegidos nos consultórios, “entre as quatro paredes da unidade”, pois são instigados pelas visitas que realizam, pelos relatos dos outros profissionais da equipe, pelos relatos dos agentes e, principalmente, pela clara responsabilidade que possuem pela atenção às pessoas e às famílias de sua área de atuação.

O vínculo, como referia Dr. Pedro, “é fundamental, mas é muito desgastante para o profissional”. Pela proximidade e envolvimento com a população, a cobrança interna era grande, “quintuplicava”, levando os médicos a se sentirem responsáveis pelo que acontecia aos “seus pacientes”. Cobravam-se então pelos pacientes que não aderiam ao tratamento, “pela gestante em que a gravidez não foi a êxito”, pelos óbitos, pelas internações, pelas intercorrências e complicações clínicas, pelos casos nos quais não conseguiram intervir, como exemplifica o depoimento abaixo:

“Um paciente hipertenso que eu acompanhava teve AVC e aí fiquei pensando se não tinha tido parte de culpa, se não falhei e aí me senti mal (...); fico pensando nos casos que posso ter falhado (...); se sente culpado se vai uma criança com diarreia para o PS, se não consegue diminuir a morbidade (...), fica tentando ver qual a sua parte de responsabilidade (...), e isso é vínculo e é muito pesado” (Dr. Pedro).

São motivos de tensão as dificuldades de qualificação, de apoio e retaguarda para responder às diversas demandas desse trabalho. Os médicos ressentiam-se ainda da falta de espaço de reflexão da prática, considerado importante para a condução dos casos e também para lidar com os sentimentos que o vínculo que estabeleciam provocava.

Os profissionais sentiam-se pressionados tanto por uma cobrança interna como externa. Nessa proposta havia maiores possibilidades de avaliação do trabalho pela identificação clara das suas responsabilidades de atuação. Os atendimentos que realizavam podiam ser avaliados também a partir de informações obtidas junto à população pelos agentes comunitários. O esquema de trabalho, de alguma forma, permitia então que a relação privada que estabeleciam com os pacientes pudesse ser “publicizada”. Como refere a gerente abaixo:

“Essa proposta envolve mais o médico em outras atividades e também cobra mais o profissional (...); ele tem que se envolver e ter compromisso com a mudança (...), a avaliação do trabalho é constante, através dos agentes, do retorno do paciente na unidade (...) e do próprio contato direto da população com os gerentes, que é maior” (Ger. - U IV).

Assim, pelas características desse trabalho acabam permanecendo nas equipes os médicos mais identificados com a proposta. Como disse o Dr. Pedro: *“o desgaste mental é grande, o profissional surta, não dá conta (...); se desespera e fica louco para sair do olho do furacão (...). Muitos saem do programa porque não dão conta, ficam loucos para sair do olho do furacão”*.

Associada a essas questões, os profissionais referiram como problemática a jornada de trabalho de oito ou nove horas diárias na periferia, o que dificultava resolver problemas particulares. Os salários, considerados insuficientes, faziam com que muitos tivessem um terceiro turno de trabalho, aumentando ainda mais o desgaste do profissional: *“O trabalho que ocupa todo o dia em local distante do centro dificulta resolver problemas particulares - banco, médico, escola de filhos, pois não dá para voltar na hora do almoço”* (Dra. Alba).

Alguns estudos mostram que há um maior nível de ansiedade, depressão e desgaste emocional em médicos generalistas do que em médicos de hospitais, associados a uma maior carga de atendimentos, ao vínculo e responsabilidade pelo acompanhamento e a uma maior exposição às histórias dos pacientes. Apontam ainda questões relacionadas ao

fato de serem profissionais com menores vantagens econômicas e prestígio social e, mais recentemente, às pressões para economizar procedimentos. Esses estudos indicam então a necessidade de estratégias de apoio aos profissionais (FLETCHER et al., 2000; GRASSI e MAGNANI, 2000; SIBBALD e YOUNG, 2000).

O exercício da prática generalista em outros países revela, porém, condições bastante diferenciadas em relação às do Projeto QUALIS. Uma delas diz respeito ao número de pessoas adscritas aos profissionais. Em sistemas nos quais os médicos são responsáveis, principalmente pelo atendimento das demandas clínicas, estas variam em torno de 2.000 a 2.500 pessoas (HART, 1988; FRANKILIN, 2002). Nesses países, as condições de vida são mais adequadas, não enfrentando os profissionais uma série de problemas de saúde associados às precárias condições de vida da população, o que, como vimos largamente nos depoimentos, é motivo de grande desgaste emocional.

Em Cuba, onde os médicos são responsáveis por ações de vigilância sobre a saúde, o número de pessoas adscritas por profissional está em torno de 600 a 700. Mesmo considerando que nesse país há uma proporção muito grande de médicos, esse número é bastante inferior ao encontrado no projeto aqui estudado, onde, em alguns lugares, atingia valores superiores a 4.500 pessoas. Além disso, não foram encontrados na literatura, nesses países, relatos de dificuldades na retaguarda dos demais níveis de atenção.

A situação encontrada nesse projeto é relatada também em outros trabalhos. MACHADO (2000), em sua pesquisa, constatou que cerca de 73,4% dos médicos do PSF no Brasil consideravam o seu trabalho como muito desgastante por motivos como: excesso de trabalho, número excessivo de famílias, dificuldades do sistema de referência e contra-referência, dificuldades de acesso às áreas de trabalho, falta de recursos humanos e medicamentos, entre outros. Além desses fatores, também se apontou, como motivo de desgaste, a insegurança causada pelos vínculos empregatícios precários, tornando os profissionais vulneráveis à política local (SOUZA, S., 2001).

A auditoria realizada pelo Tribunal de Contas da União, já citada anteriormente, também constatou sobrecarga importante das ESFs por causa do grande número de famílias e de dificuldades estruturais, como falta de medicamentos, materiais para atendimento e

retaguarda de outros níveis de atenção. Há, em razão disso, alta rotatividade de médicos, com cerca de 40% deles trabalhando há menos de um ano nas equipes. Essa auditoria apontou ainda contratação por vínculos precários, acompanhamento insuficiente dos profissionais, sendo que mais de 54% das equipes não recebiam material e publicações do Ministério da Saúde (KRACOVICS, 2002).

Esses estudos revelam condições de trabalho dos profissionais ainda mais precárias do que as encontradas em nossa investigação. Nela, apesar de relatos de falta de materiais, de falta de alguns medicamentos de uso contínuo, de dificuldades na reposição e conserto de materiais, esses fatores não eram considerados pelos médicos como limitadores importantes para o trabalho.

A sobrecarga e o desgaste enfrentados pelos médicos justificam as dificuldades de fixação de profissionais e indicam a necessidade de rever as condições de trabalho a que estão submetidos.



8. *CONSIDERAÇÕES FINAIS*

Neste momento final do trabalho, consideramos importante ressaltar que inúmeras vezes, no decorrer desta investigação, nos sentimos como os médicos entrevistados, ou seja, “no olho do furacão”.

O contato que estabelecemos com a realidade de trabalho das equipes e dos médicos foi atravessado por inúmeros sentimentos e dúvidas, em que as contradições e os paradoxos do Programa de Saúde da Família se fizeram presentes: encantamento com as equipes e com os profissionais selecionados pelo envolvimento e entusiasmo com que atuavam e pela riqueza de experiências que produziam; identificações com as dificuldades que enfrentavam e, ao mesmo tempo, percepções dos limites, dos riscos de uma atenção simplificada, de implementação da agenda de focalização proposta pelo Banco Mundial.

Na ocasião deste estudo, o Programa de Saúde da Família se implantava em São Paulo através da terceirização para Fundações e Organizações Sociais à parte dos demais serviços de saúde. Havia uma excessiva ênfase sobre a responsabilização das equipes e das famílias pela produção de saúde, pressões para a diminuição dos custos que se expressavam no aumento do número de famílias adscritas a cada equipe, nas restritas equipes de saúde mental e de outras áreas, entre outros fatores.

Mas quais seriam, afinal, as conclusões deste estudo sobre as potencialidades e limites do Programa de Saúde da Família em alterar a prática médica? Durante todo processo de investigação estivemos inquietos. O contato com a literatura nacional e também com a experiência de outros municípios aumentava as dúvidas e as inquietações. Por um lado, muitos apontavam condições de implantação mais restritas às encontradas nos projetos investigados, com a contratação de profissionais sem vínculos empregatícios, quase sem nenhum processo de qualificação, de apoio e retaguarda; por outro lado, o registro de experiências que ampliavam as proposições originais, como a do município de Campinas, que implantara o programa com os profissionais existentes na rede municipal, contratados através de concurso, com equipes matriciais de apoio e estruturação do sistema de referência e contra-referência.

Portanto o processo de análise foi bastante difícil, com idas e vindas, aproximações e distanciamentos, e, finalmente, com a percepção de que não era possível falar de um único Programa de Saúde da Família. Essa específica proposta de organização

do trabalho possui, de fato, potencialidades e limites, sendo suas diferentes expressões relacionadas à maneira como se implanta o programa, às formas de gestão, de qualificação, de apoio e retaguarda às equipes, bem como de efetivas ações de controle social.

Trata-se realmente de um processo que vem ocorrendo com muitas contradições e submetido a um jogo de forças. Dessa maneira, a investigação retrata a específica situação de dois projetos QUALIS durante o período de junho de 2000 a dezembro de 2001. Porém, as questões apontadas não deixam de retratar a problemática existente também em outros locais em que a proposta vem sendo estabelecida.

É importante lembrar que os pontos aqui ressaltados são, necessariamente, um recorte e uma abstração da complexa realidade do trabalho médico nesses serviços. O material empírico apresentado, que também representa um recorte do vasto material obtido na investigação, permite uma série de outras análises, lança várias indagações e aponta temáticas que ainda precisam ser mais aprofundadas e que, certamente, merecem ser objeto de novos estudos.

A investigação realizada em equipes com boa adesão às propostas do programa se mostrou particularmente interessante para analisar as potencialidades e os limites dessa proposta em mudar a prática médica hegemonicamente encontrada nos serviços de atenção básica.

Pudemos perceber então que esse modelo de organização possui arranjos tecnológicos com potencialidade para produzir mudanças na forma tradicional de inserção dos médicos nos serviços de saúde, nas suas relações com os demais profissionais e com a finalidade do trabalho.

Os deslocamentos do médico do consultório, seu lugar tradicional de atuação, as visitas domiciliares, o conhecimento do bairro, o contato com a realidade de vida da população e com as complexas situações, identificadas principalmente pelos agentes comunitários, mais as discussões em equipes demonstraram potencialidades para provocar mudanças no “olhar” do profissional e para induzir a práticas mais humanizadas.

A adscrição de clientela, a vinculação dos médicos a uma equipe com a clara atribuição de responder pela assistência e por intervir nos problemas de saúde da população são, de fato, mecanismos que podem aumentar a responsabilização dos profissionais pelo cuidado dos pacientes e pela resolução dos problemas de saúde, ampliando seu núcleo e campo de atuação, induzindo-os ao trabalho conjunto.

Os médicos selecionados, como vimos, com bastante intensidade durante o trabalho de campo, apresentavam, em sua maioria, um grande envolvimento com o projeto, desenvolvendo evidentes esforços, articulando-se com os demais profissionais para fazer o “melhor possível” e identificando as intervenções que conseguiam realizar como satisfatórias e gratificantes.

Assim, nas equipes investigadas, o padrão de inserção dos médicos diferenciava-se em vários aspectos do padrão hegemonicamente encontrado nos serviços de saúde, em que os médicos se atêm mais ao atendimento no consultório, articulando-se pouco com os demais trabalhos e pouco se comprometem com o resultado final da atenção.

Contudo a organização do trabalho nos projetos QUALIS, apesar do desenvolvimento de diversas atividades coletivas, permanecia, na ocasião do estudo, ainda bastante centrada na oferta de assistência médica individual. O material empírico mostrou que se reproduziam práticas tradicionalmente encontradas nos serviços de atenção básica.

O elevado número de famílias revelou-se um limite estrutural importante para a adequada cobertura da população adscrita. A pressão por atendimento fazia com que, na maior parte do tempo, os médicos ficassem envolvidos em atender a demanda espontânea e encontrassem dificuldades para desenvolver atividades programáticas e de prevenção, o que, além da sobrecarga de trabalho, repercutia na própria atenção prestada, tendendo as consultas a ser mais dirigidas a responder às queixas expressas pelo paciente.

O atendimento oferecido pelos médicos estava ainda bastante centrado na abordagem da dimensão biológica do adoecer. Além de questões relacionadas à pressão da demanda, como vimos, os profissionais apresentavam dificuldades de perceber outras dimensões ligadas ao adoecimento e de considerar a singularidade e a subjetividade dos

pacientes no processo diagnóstico-terapêutico. Mesmo aqueles com mais disponibilidade para estabelecer vínculos com os pacientes mostraram possuir limites para uma escuta e uma prática clínica voltadas para as necessidades singulares do sujeito, indicando que não possuíam referenciais e tecnologias suficientes para tal.

Os depoimentos evidenciaram limites na qualificação dos médicos e também dos demais profissionais da equipe para intervir em casos que envolviam complexa dinâmica familiar, problemas emocionais e sociais, e apontaram o insuficiente apoio e retaguarda de outras áreas do conhecimento.

Apesar das diferenças entre os dois projetos QUALIS, os depoimentos revelaram ainda que a capacitação recebida pelos médicos era insuficiente para atender com segurança os pacientes de todas as faixas etárias e de ambos os sexos, sendo observado que o atendimento à mulher era a área com maior dificuldades. Responder às diversas demandas clínicas da população adscrita, sobretudo nas suas intercorrências clínicas, apresentou-se como motivo de tensão para esses profissionais, devido tanto à insuficiência na qualificação, ao limitado suporte e acompanhamento da sua prática cotidiana, quanto às dificuldades de apoio e retaguarda dos demais níveis de atenção.

As observações indicaram que havia diferenças entre os médicos selecionados em relação à responsabilização, ao vínculo e acolhimento dos pacientes, na incorporação de aspectos preventivos e também quanto à qualificação nos aspectos técnico-científicos, demonstrando que alguns não possuíam preparo suficiente para o acompanhamento dos problemas básicos dos grupos prioritários, fato que levanta preocupações a respeito do risco de oferta de uma atenção simplificada.

Os diferentes padrões encontrados indicaram então pouco desenvolvimento de ações gerenciais sobre o trabalho médico, permanecendo esse ainda muito dependente da auto-regulação dos profissionais. Os arranjos, apesar da sua potencialidade para ampliar o olhar dos médicos e o seu envolvimento com o trabalho, não garantem, necessariamente, uma prática ampliada.

Os problemas na qualificação, no apoio ao trabalho e na referência para os demais níveis de atenção, além das evidentes questões relacionadas à resolutividade e eficácia da prática clínica, traziam também, justamente pela clara responsabilidade pelo atendimento e acompanhamento dos pacientes, uma grande tensão e desgaste aos profissionais.

Os médicos se encontravam então com uma sobrecarga quantitativa e qualitativa de trabalho, sem uma suficiente aquisição de recursos tecnológicos e de apoio para responder às suas diversas atribuições e demandas, incluindo aí o suporte para lidar com os sentimentos e sofrimentos decorrentes do vínculo que estabeleciam, da realidade com a qual, cotidianamente, entravam em contato, o que, como vimos, fazia com que desejassem ansiosamente sair do “olho do furacão”.

O mesmo ocorria com os demais profissionais. Pudemos observar que as equipes, pelo seu envolvimento e responsabilização com o trabalho, tendiam a se mobilizar e a utilizar a criatividade na busca de soluções para os problemas encontrados, potencializando os recursos de que dispunham para intervir nas necessidades de saúde. Todavia, responder por ações de saúde pública e pela assistência integral aos pacientes, principalmente nas periferias de cidades como São Paulo, é tarefa extremamente complexa, que necessita, entre outros aspectos, de vários saberes e da aquisição de diversas tecnologias e ferramentas, o que, no momento da investigação, as equipes, até mesmo pela sua própria composição, não dispunham integralmente. Constatou-se um insuficiente suporte gerencial e de retaguarda para o trabalho das equipes tanto no que diz respeito às ações de saúde pública quanto às ações de assistência.

A problemática apontada nesta investigação indica a necessidade de rever algumas estratégias de implantação dessa proposta de organização da atenção.

Assim, um dos aspectos que nos parecem fundamentais para que o programa não se transforme numa política de focalização, de oferta de atenção de baixo custo e com baixa incorporação tecnológica para os mais pobres, e não sirva de desmonte das conquistas sociais, é que sua implantação ocorra integrada à rede de saúde existente, com os médicos e profissionais que nela já trabalham e com contratações por meio de concurso público.

Considerando as questões aqui levantadas e a existência de uma ampla rede de serviços que já conta com médicos das especialidades gerais, achamos importante que a constituição das equipes apenas com a utilização de generalistas seja revista. A literatura nacional aponta como problema significativo para a fixação dos médicos nas equipes de saúde da família a dificuldade de se encontrar profissionais com formação e dispostos a trabalhar nesses serviços. As mudanças exigidas nesse trabalho são grandes, e ao médico soma-se, fora as diversas tensões existentes, a de ser generalista sem possuir formação anterior para tal.

Vincular os médicos a profissionais para formar equipes responsáveis pela atenção a uma determinada população, utilizando os arranjos que se mostraram potentes para aumentar o envolvimento com o trabalho, e ampliar a prática clínica nos parecem as questões fundamentais para que sejam instituídos novos padrões de práticas que diminuam a medicalização e a dependência aos serviços de saúde, que auxiliem as pessoas a romper com as cadeias de determinação do seu adoecimento e a enfrentar os problemas de saúde a partir das suas condições concretas de vida.

Qualificar a escuta, valorizando-a como uma importante tecnologia para diagnosticar e intervir no processo de adoecimento, compreender e lidar com a subjetividade, com o que é produzido no momento do encontro com o paciente, são, como vimos, valiosos mecanismos para ampliar a prática clínica (não apenas dos médicos, mas de todos os profissionais) e também para diminuir o desgaste do próprio profissional com os sentimentos e sofrimentos provocados pelas situações com as quais entra em contato.

Dessa maneira, além de processos que permitam incorporar tecnologias e referenciais de outros campos do conhecimento, faz-se necessário implementar espaços de discussão, análise e reflexão da prática clínica, com supervisões e apoio de profissionais de outras áreas, principalmente da saúde mental.

Para garantir o acesso e uma adequada cobertura da população adscrita, o número de famílias por equipe deveria ser revisto. Na sua definição, seria importante que fossem consideradas as características da população local e seu padrão de morbimortalidade. Esses critérios também deveriam orientar a definição dos profissionais

que comporiam as equipes locais. Assim, o número de população adscrita e a composição das equipes locais e de apoio, bem como as prioridades de atenção não poderiam ser as mesmas para todo o território nacional, desde as pequenas cidades até os grandes centros urbanos.

A fim de diminuir a demanda por atendimento médico individual, seria interessante ainda ampliar a oferta de outras atividades, de ações coletivas e de vigilância sobre os grupos de risco identificados localmente. Para isso mostrou-se importante implementar a aquisição de ferramentas e tecnologias da saúde pública, os espaços de discussão, avaliação e supervisão nessa área bem como o suporte ao trabalho com o desenvolvimento de políticas intersetoriais. A investigação aponta ainda que seria importante rever as intervenções que ocorrem muito voltadas para o controle e a vigilância das pessoas e de suas vidas.

Essas são algumas considerações parciais e sem a pretensão, obviamente, de esgotar a temática, que surgiram do contato com a experiência aqui relatada. As dificuldades de fixação dos médicos nessa proposta e os limites ainda apresentados para uma prática ampliada indicam os enormes desafios que estão colocados para a gestão e organização desse trabalho.

Para a oferta de uma prática clínica de qualidade e também satisfatória para os profissionais várias dimensões e aspectos estão interligados. São importantes os processos constantes de capacitação, os espaços de supervisão, a reflexão, o acompanhamento e avaliação da prática clínica nos seus diversos aspectos (técnico-científicos e relacionais), além de uma adequada rede de apoio diagnóstico-terapêutico e a retaguarda dos demais níveis de atenção. A reorganização da atenção não pode ser restrita à rede básica, mas implica a reorganização de todo o sistema de saúde.

As mudanças detectadas no envolvimento, responsabilização e vínculo dos médicos (assim como dos demais profissionais) são importantes diferenças em relação à prática hegemonicamente encontrada nos serviços de atenção básica, que devem ser “cuidadas”, caso contrário corre-se o risco de haver um desestímulo diante das dificuldades encontradas.

Consolidar as potencialidades e superar os limites que se apresentaram nessa específica organização do trabalho depende da capacidade de construção de redes estruturadas de serviço, de responsabilizações no espaço público e do desenvolvimento de tecnologias de gestão competentes para qualificar, subsidiar e acompanhar o trabalho, não apenas dos médicos mas de todos os profissionais.



9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABATH, G. M. Medicina familiar no Brasil. *Edu. Méd Salud*, v. 19, n. 1, p. 48-73, 1985.
- AGUIAR, D. S. *A saúde da família no Sistema Único de Saúde: Um novo paradigma?*. 1998. Tese (Dissertação de Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- ALMEIDA, C. M. Novos modelos de atenção à saúde: bases conceituais e experiências de mudanças. In: COSTA, N. R. ; RIBEIRO, J. M.(orgs.) *Política de saúde e inovação institucional*. Rio de Janeiro : ENSP/FIOCRUZ, 1996 p. 69-98.
- _____. Reforma do estado e reforma de sistemas de saúde: experiência internacionais e tendências mudanças. *Ciencia ; Saúde Coletiva*, v. 4, n. 2, p. 262-283, 1999.
- ARAGON, L. E. *A espessura do encontro* São Paulo, 2002, [mimeografado].
- AROUCA, A .S. *O dilema preventivista. Contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. 329 p. 1975 (Tese de Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. *NBR 6023* : Informação e documentação – referências – elaboração. Rio de Janeiro, 2000.
- AVERASTURI, L.G.; ALMEYDA, L. R. El stres de la enfermedad cronica y el cumplimiento del tratamiento medico. *Rev Cubana Med Gen Integral*, v. 8, n. 1, p. 55-59, 1992.
- AZEVEDO, A . C. O médico de família. Considerações doutrinárias e conceituais. Sua aplicação como alternativa à atenção primária de saúde. *Revista Paulista de Hospitais*, v. 36, n. 4-6, p. 60, 1988.
- BALINT, M. *O médico, seu paciente e a doença*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1988.

BASTOS, N. C. B. A medicina da comunidade. *Revista Brasileira de Educação Médica*. N.1, 51-69, 1978, *Suplemento*.

BECKER, H. *Métodos de pesquisa em Ciências Sociais*. 2. ed. São Paulo. Hucitec, 1994. 178p.

BEVILACQUA, F. Tendências curriculares na área profissional e a formação do “médico de família”. *Revista Brasileira de Educação Médica*, n. 3, p. 16-20, jan. – abr., 1978.

BODSTEIN, R. C. A. A assistência médica na agenda pública. In: _____ (orgs.). *Serviços locais de saúde: construção de atores e políticas*. Rio de Janeiro: Relume/Dumará, 1993. p. 15-39.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Sistema Único de Saúde: descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei*. Brasília: Ministério de Saúde, 1993. 48p.

_____, Ministério da Saúde. *Programa de Saúde da Família: saúde dentro de casa*. Brasília : Ministério da Saúde, 1994.

_____, Ministério da Saúde. *Saúde da Família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde*. Brasília : Ministério da Saúde, 1996. 19p.

_____, Ministério da Saúde. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília : Ministério da Saúde, 1997. 36p.

_____, Ministério da Saúde. Avaliação do Programa de Saúde da Família. Brasília : Ministério da Saúde, 1999. 33p, disponível em : < <http://www.saude.gov.br> > acesso em: 28 jun.2001.

_____, Ministério da Saúde. *Programa Saúde da Família – PSF*. Brasília : Ministério da Saúde, 2001. 33p. disponível em : <<http://www.saude.gov.br>> acesso em: 28 jun.2001

BRUCE, D.G.; PALEY, G. A. UNDERWOOD, P.J.; ROBERTS, D.; STEED, D. Communication problems between dementia carers and general practitioners: effect on access to community support services. *Med J Aust*, v. 177, n. 4, p. 186-8, 2002.

BUENO, W. S.; MERHY, E.E. Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes?, Campinas, 1997. disponível em <<http://www.datasus.gov.br/cns>> acesso em 28 de jun. 2001.

CABRERA, R. G.; SHAINBLATT, B. K. Cuba: la interrelacion Hospital-medico de la familia dentro de las estrategias de la atencion primaria de salud. *Educ Med Salud*, v. 25, n. 3, p. 223-39, 1991.

CAL, J. L. O; ORTA, A .S.; VITAL, M. G.; CAL, M. E. O. Apreciación del grado de motivación de médicos de la familia en Matanzas. *Revista Cubana Med Gen Integr*, v. 14, n. 6, p. 601-5, 1998.

CAMARGO J. K. R. (Ir)racionalidade médica: os paradoxos da clínica. *Physis-Revista de Saúde Coletiva*, v. 2, n. 1, p. 203-228, 1992.

_____. *Racionalidades médicas: A medicina ocidental contemporânea*. Rio de Janeiro: UERJ-IMS, 1993. (Série Estudos em Saúde Coletiva, 65)

CAMPINAS, Secretaria Municipal de Saúde. Saúde Mental: o apoio matricial no Paidéia – saúde da família. Campinas, 2000 [mimeografado].

CAMPOS, F. E.; BELISÁRIO, S.A. O programa de saúde da família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. *Interface* - Revista da UNESP, Botucatu, São Paulo, v. 5, n. 9, p. 133-142, 2001.

CAMPOS, G. W. S. *Os médicos e a política de saúde*. São Paulo: Hucitec, 1988.

_____. Recursos humanos na saúde: fator de produção e sujeitos sociais no processo de reforma sanitária no Brasil. In: _____; MERHY, E. E.; NUNES, E. D. *Planejamento Sem Normas*. São Paulo: Hucitec, 1989. p. 45-51.

_____. *A saúde pública e a defesa da vida*. São Paulo: Hucitec, 1991.

_____. *A reforma da reforma. Repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992.

_____. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas o caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. O. (org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 29-87.

_____. *Uma clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada*. Campinas, Departamento de Medicina Preventiva e Social, 1996. 20p. [mimeografado]

_____. Análise crítica das contribuições da saúde coletiva à organização das práticas de saúde no SUS. In: FLEURY S. (org.) *Saúde e Democracia: a Luta do Cebes*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997a. p. 113-125.

_____. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (orgs.). *Agir em saúde. Um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997b. p. 229-266.

_____. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000. 236p.

_____; CAMPOS, R.O. Ciências e políticas públicas em saúde: relações perigosas. *Saúde em Debate*, v. 24, n. 55, p. 82-92, maio.- ago, 2000.

CAPISTRANO FILHO, D. O programa de saúde da família em São Paulo. *Estudos avançados*, v. 13, n. 35, p. 89-100, 1999.

CAPOZZOLO, A. A. *Os Desafios para o gerenciamento do trabalho médico: um estudo em unidades básicas do município de Diadema – SP*. 1997. 186f. Tese (Dissertação de Mestrado) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas –SP.

CARAPINHEIRO, G. *Saberes e poderes no hospital. Uma sociologia dos serviços hospitalares*. 2a.ed. Porto-Portugal : Afrontamento, 1993.

CARNEIRO, A. P. A medicina de família. *Revista Brasileira de Educação Médica*. N.1, 19-49, 1978, *Suplemento*.

CASTANHEIRA, E. R. L. A gerência na prática programática. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (orgs.). *Saúde do Adulto. Programas e Ações na Unidade Básica*. São Paulo: Hucitec, 1996. pp. 222-233.

_____, *Avaliação da assistência ambulatorial a pessoas vivendo com HIV/aids em serviços públicos no estado de São Paulo: relações entre qualidade e organização do processo de trabalho*. São Paulo, 2002 (Tese de doutorado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, SP.

_____; CAPOZZOLO, A. A.; NEMES, M. I. B.; Características tecnológicas do Processo de Trabalho em Serviços de Saúde Seleccionados in: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Aderência ao Tratamento por Anti-retrovirais em Serviços Públicos no Estado de São Paulo. Coordenação Nacional de DST e AIDS*. Brasília : Ministério da Saúde, 2000.

CASTIEL, L. D. *O buraco e o avestruz. Singularidade do adoecer humano*. Campinas-SP: Papirus, 1994.

CECÍLIO, L. C. O. Inventando a mudança em uma região de saúde: reconstituição e análise da experiência do Departamento Regional de Saúde de Campinas (DRS-5) - 1983/1987 In: CECÍLIO, L. C. O. (org.). *Inventando a Mudança na Saúde*. São Paulo : Hucitec, 1994. p. 89-117

CEITLÍN, J. El reto de la Medicina Familiar em las Américas. *Edu. Méd. Salud*, v. 17, n. 3, p. 326-33, 1983.

CHAVES, M. M. A medicina de família. *Revista Brasileira de Educação Médica*. N.1, 111-123, 1978, *Suplemento*.

COHEN, M. M. O Modelo Assistencial do SUS – Niterói: Conflito e Pactuação Política no Processo de Integração do Programa Médico de Família. 2001. Tese (Dissertação de

Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Osvaldo Cruz, Manguinhos – RJ.

CONH, A ; ELIAS P. E. M. *Saúde no Brasil: Políticas e organização de serviços*. São Paulo. Cortez, 1996. 117p.

CORNFORD, C. S. The development of practice professional development plans from postgraduate education allowance: a discussion of the causes and implications. *Medical Education*, v. 35, p. 43-48, 2001.

COSTA, N. R. O Banco Mundial e a Política Social nos anos 90 – A Agenda para a Reforma do Setor Saúde no Brasil In: COSTA, N. R. ; RIBEIRO, J. M.(orgs.) *Política de Saúde e Inovação Institucional*. Rio de Janeiro : ENSP/FIOCRUZ, 1996. p. 69-98.

D' AGUIAR, J. M. M. *O Programa de Saúde da Família no Brasil. A resolutividade do PSF no município de Volta Redonda (RJ)*. 2001. Tese (Dissertação de Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro-RJ.

DEZIN, N. K.; LINCONN, Y. S. Introduction: Entering the Field of Qualitative Research. In: DEZIN, N. K. e LINCONN, Y. S.(eds.) *Handbook of Qualitative Research*. California : Sage Publications, 1994, p 1-18.

DONNANGELO, M. C. F.; PEREIRA, L. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1979.124p.

DOWELL, J.; JONES, A.; SNADDEN, D. Exploring medication use to seek concordance whit “non-adherent” patients: a qualitative study. *Br J Gen Pract*, v. 52, n. 474, p. 24-32, 2002

DUPUY, F. I.; PEDROSO, R. D. La formacion del medico general basico en Cuba. *Educ Med Salud* v. 27 n. 2, p. 189-205, 1993.

FLETCHER, J.; PICKARD, D.; ROSE, J.; STUART-BROWN, S.; WILKINSON, E.; BROGAN, C; LAWRENCE. Do out-of-haurs co-operatives improve general practitioners' health ? *British Journal of General Practice*, v. 50, n. 459, p. 815-16, 2000.

FLEURY, S. Paradigmas da reforma da Seguridade Social: liberal produtivista versus universal publicista. In: EIBENSCHUTZ, C. (org.) *Política de Saúde: o Público e o Privado*. Rio de Janeiro : Fiocruz, 1996. p. 69- 92.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. *O Acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG)*. Campinas, 1997. 26p. [mimeografada]

_____; MERHY, E.E. *Contradições de um programa destinado à mudança do modelo assistencial. 1999: O processo de trabalho e a mudança de modelos técnico-assistenciais em saúde*. Campinas -SP, 1999a. [mimeografado]

_____. *O uso de ferramentas analisadoras para apoio ao Planejamento dos serviços de saúde: o caso do serviço social do Hospital das Clínicas da UNICAMP*. Campinas, 1999b. [mimeografado]

FRANKS, P.; CLANCY, C. M.; NUTTING, P. A. Defining primary care: empirical analysis of the National Ambulatory Medical Care survey. *Medical Care*, v. 35, n. 7, p. 665-668, 1997.

FRANKLIN, A . Paradigmas de humanidade. *Revista Brasileira de Saúde da Família*, n. 4, p. 29-39, 2002

FURTADO, J. P. *A Avaliação como Dispositivo*. 2000. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

GIOVANELLA, L; LOBATO, L.V.C.; CARVALHO, A. I.; CONIL, E. M.; CUNHA, E.M. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para a avaliação. *Saúde em Debate*, Revista da Cebes, Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, p. 37-62, 2002.

GONÇALVES, P. L. A unidade de referência e a equipe volante. In: LANCETTI, A . (org.) *Saúde Loucura: Saúde Mental e Saúde da Família*. São Paulo : Hucitec, 2000. p. 109-16. (série Saúde Loucura, 7)

GOLDBAUM, M. Caracterização da população coberta pelo projeto Qualis e estudo de morbidade referida e de utilização de serviços de saúde. In: NOVAES, H.M.D. O programa de saúde da família: expectativas e responsabilidades. *Relatório do projeto de Pesquisa Qualis*, 2002. [Mimeografado]

GRASSI, L.; MAGNANI, K. Psychiatric morbidity and burnout in the medical profession: na Italian study of general practioners and hospital physicians. *Psychother Psychoson*, v. 69, n. 6, p. 329-34, 2000

GRUMBACH, K.; FRY, J. Managing primary care in the United States and in the United Kingdom. *NE J of Med*, v. 5, p. 328-40, 1993.

HAQ, C. et al. Donde non hay médico de familia: el desarrollo de la medicina familiar en el mundo. *Bol. Ofinican Sanit. Panam*, v. 120, n. 1, p. 44-57, 1996

HART, J. T. *A atenção primária no serviço nacional de saúde britânico: o desenvolvimento passado e a crise atual*. Trad. Cornélia Frota Ferreira e Chester Luiz Galvão Cesar. Apresentado no I Seminário internacional sobre médico de família e sistema de saúde, USP/FSP, 1988. 7p. [mimeografado].

HOBBSAWM, E. *A era dos extremos. O breve século XX (1914-1991)*. São Paulo: Companhia das Letras. 1995. 598 p.

HORNE, R.; MAILEY, E; FROST, S; LEA, R. Shared care: a qualitative study of GPs'and hospital doctors'views on prescribing specialist medicines. *British Journal of General Practice*, v. 51, n. 464, p. 197-196, 2001.

JULIO, J. G. Los cuidados de la salud y la posicion estratégica del médico de familia. *Revista de Prevencion, Salud y Sociedad*, v. 1, n. 1, 1988

KAPLAN, S. H.; GREEFIELD, S.; WARE, J. E. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *MedCare*, v. 27, p. 120-27, 1989.

KATES, N.; CRAVVEN, M; CRUSTOLO, A . M.; NIKOLAU, L.; ALLEN, C. Integrating mental health services within primary care. *A Canadian Program. General Hospital Psychiatry*, v. 19, p. 324-332, 1997.

KISSIL, M. Conocimiento de adminstracion en medicina familiar. *Educ Med Salud*, v. 20, n. 3, p. 394-399, 1986

KRACOVICS, F. Auditoria aponta falhas no programa de saúde da família. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 28 out. 2002.

KRAVITZ, R.L.; BELL, R.A.; AZARI, R.;KRUPAT, R.; KELLY-REIF,S.;THOM, D. Request fulfillment in office practice: antecedents and relationship outcomes. *Med Care*, v. 40, n. 1, p. 38-51, 2002.

LAINE,C.; DAVIDOFF, F. Patient-centered medicine: a professional evolution. *JAMA*, v. 275, p. 553-59, 1997.

LANCETTI, A . (org.) *Saúde mental e saúde da família*. São Paulo : Hucitec, 2000. 188p. (série Saúde Loucura, 7)

LAURELL, A . C. (org.) *Nuevas tendencias y alternativas em el sector salud*. México : Universidad Autonoma Metropolitana Unidad Xochimilco/Fundacion Friedrich Ebert, 1994. 128p.

_____. La lógica de la Privatizacion en Salud. In: EIBENSCHUTZ, C. (org.) *Política de Saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro : FIOCRUZ, 1995. p 31-48.

LEVCOVITZ, E.; GARRIDO, N. G. Saúde da família: a procura de um modelo anunciado. *Cadernos Saúde da Família*. Ministério da Saúde, Brasília, DF, v. 1, n. 1, p. 3-8, 1996.

LUNA, G. S. S. El reto actual de la medicina familiar en México. *Revista Médica del IMSS*, v. 32, n. 4, p. 355-358, 1994.

LUPTON, C; NORTH, N.; KHAN, P. What role for the general practioner in child protection? *British Journal of General Practice*, v. 50, p. 977-981, 2000.

MACHADO, M. H. *Perfil dos Médicos no Brasil. Relatório Final*. Rio de Janeiro : Fiocruz/Cons.Fed.Medicina/Min.Saúde-PNUD, 1996. 191p.

_____. *Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil: relatório final: Brasil e grandes regiões*. Brasília : Ministério da Saúde, 2000. v.1.

MASCARENHAS, M. T. M.; ALMEIDA, C. O programa do médico de família de Niterói (PMFN): uma agenda para a reflexão. *Saúde em Debate*, Revista da Cebes, Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, p. 82-102, 2002.

MATTA, G. C. *A Psicologia médica e as instituições de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: UERJ-IMS, 1996. (Série Estudos em Saúde Coletiva, 138).

MAYS, N.; POPE, C. A. Qualitative research in health care: Assessing quality in qualitative research. *BMJ*, v. 320, jan. 2000.

McISAAC, W.J; FULLER-THOMSON, E.; TALBOT,Y. Does having regular care by a family physicain improve preventive care ? *Can Fam Physician*, v. 47, p. 70-76, 2001

MENDES, E. V. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo : Hucitec, 1996. 300p.

MENDES-GONÇALVES, R. B. *Tecnologias e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo*. São Paulo : Hucitec, 1994.

MENENDEZ, E. L. La crisis del modelo médico y las alternativas autogestionarias em salud. *Cuadernos Médico-Sociales*, v. 21, p. 25-41, 1982.

MERHY, E. E. *Alma Ata: qual é o jogo*. Campinas, 1986. [Mimeografado]

_____. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo técnico assistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO L. C. O. (org.). *Inventando a Mudança na Saúde*. São Paulo : Hucitec, 1994. p. 117-159.

_____. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (orgs.). *Agir em Saúde. Um Desafio para o Público*. São Paulo : Hucitec, 1997a. p. 197- 228.

_____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (orgs.). *Agir em Saúde. Um Desafio para o Público*. São Paulo : Hucitec, 1997b. p. 71-113.

_____. O Sus e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In FLEURY S. (org.) *Saúde e Democracia: a Luta do Cebes*. São Paulo : Lemos Editorial, 1997c. p. 125-143.

_____. *Analisar o processo de reforma do sistema de saúde no Brasil, considerando a Atenção Gerenciada (AG), como modelo de gestão de políticas de saúde que a partir dos EE.UU. difundiu-se pela América Latina*. Campinas, 1999. Relatório resumo. [mimeografado].

_____. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas. *Interface – comunicação, saúde, educação* Revista da UNESP de Botucatu, São Paulo, v. 6, p.109-125, fev. 2000.

_____. E daí surge o PSF como uma continuidade e um aperfeiçoamento do PACS. *Interface – comunicação, saúde, educação* Revista da UNESP de Botucatu, São Paulo, v. 5(9), p. 147-149, 2001.

_____. *Saúde: a Cartografia do TrabalhoVivo*. São Paulo : Hucitec. 2002. 189p.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. 2a.ed. São Paulo : Abrasco/Hucitec, 1993.

MIRANDA, A. S. Programa saúde da Família: entre a panacéia e o preconceito. Disponível em <[http://www.saude/cnsonline/temas em debate/psf,1997](http://www.saude/cnsonline/temas%20em%20debate/psf,1997)> acesso em 20 de junho de 2000.

MISOCZKY, M. C. A Medicina de família: os ouvidos do príncipe e os compromissos com o SUS. In: *Saúde em Debate*, no. 42, 1994

MOLL, S. S.; DINANT, G.J.; VILTERS-VAN, M.P.A. ; VAN DEN AKKER, M. ARNTZ, A; KNOTTNERUS, J.A. Traumatic events in a general practice population: the patient's perspective. *Fam Pract*, v. 19, n. 4, p. 390-6, 2002.

MONNERAT, G. L. *Médicos: Atores sociais e as mudanças atuais no setor saúde. A experiência do município de Niterói*. 1996. Tese (Dissertação de Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro.

MONTENEGRO, J.V.S.; MONTENEGRO, R. M.N.; MIRANDA, E.A. ; DUTRA, A. F. Vitória o destino tomados na mãos. *Revista Brasileira de Saúde da Família*, n. 3, p. 21-31, dez. 2000.

NEMES, M. I. B. Ação programática em saúde: recuperação histórica de uma política de programação. In: SCHRAIBER, L.B. (org.) *Programação em Saúde Hoje*. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 65-114.

_____. *Avaliação do trabalho programático na atenção primária à saúde*. 1995. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina da USP, São Paulo.

_____. Prática Programática em Saúde. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (orgs.). *Saúde do Adulto. Programas e Ações na Unidade Básica*. São Paulo : Hucitec, 1996. p. 48-65.

NEMES FILHO, A. A unidade básica e o sistema de saúde. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (orgs.). *Saúde do adulto. Programas e ações na unidade básica*. São Paulo : Hucitec, 1996. p. 276-286.

NETTING, F.E.; WILLIAMS, F.G. Expanding the boundaries of primary care for elderly people. *Health and Social Work*, v. 25, n. 4, p. 223-42, 2000.

NOVAES, H.M.D. O programa de saúde da família: expectativas e responsabilidades. Relatório do projeto de Pesquisa Qualis, 2002. [Mimeografado]

OTERO, E. Em medico general: presente y futuro. *Acta Medica Colombiana*, v. 16, n. 3, p. 511-514, nov/dez, 1988.

PAIM, J. S. Medicina comunitária: introdução a uma crítica. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro (Cebes/Fiocruz), v. 4, p. 11-28, 1976.

_____. Medicina familiar no Brasil: movimento ideológico e ação política *R. Bra. Educ. Méd.*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 207-215, 1985.

_____. Saúde da Família: espaço de reflexão e de contra-hegemonia. *Interface*, Revista da UNESP, Botucatu, São Paulo, v. 5, n. 9, p. 143-146, 2001

PASSOS, E.; BENEVIDES, R. B. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 71-79, 2000

_____. Clínica e biopolítica no contemporâneo. *Revista de Psicologia Clínica*, da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, v. 13 n1, p. 89-100, 2001.

PASTOR-SÁNCHEZ, R.; LÓPEZ-MIRAS, A. ; PÉREZ-FERNÁNDEZ, M.; GÉRVAS, J. Continuidad y longitudinalidad en medicina general en cuatro países europeos, 1995 Disponível em <http://egprw.org/parabs.htm> acesso em 10 de jan. de 2001

PEDROSA, M. A. L. Reflexões sobre Michael Balint. Comunicando uma experiência de grupos. In: MELLO FILHO, J. (ed.). *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre-RS : Artes Médicas, 1992. p. 152-159.

PEDUZZI, M. *Equipe multiprofissional de saúde: A interface entre trabalho e interação*. 1998. Tese (Tese de doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

PERESTRELLO, D. *A medicina da pessoa. abordagem da pessoa e seu adoecer em clínica médica*. 2a.ed. Rio de Janeiro : Atheneu, 1974.

PORTILLO, J. La medicina: el imperio de lo efimero. In: _____; BARRÁN, J.P.; BAYCE, R. et al. *La Medicalización de la Sociedad*. Montevideo-Uruguai : Nordan-Comunidad/Goethe-Institut, 1993. p. 15-36.

REINOSO, A. T. F.; SUÁREZ, A. B. La incorporación del médico de la familia al sistema de vigilancia en salud. *Rev Cubana Med Gen Integr*, v. 15, n. 3, p. 293-7, 1999.

RIBEIRO, J. M. *Trabalho médico: ciência, arte e ação na conformação da técnica*. 1995. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro.

RODRÍGUEZ, N. J. R; ACOSTA, L. T. S.; CASTELEREIRO, B. R.; BALY, M. B. La medicina general integral y la integracion docencia-atencion médica-investigacion. *Edu Med Salud*, v. 27, n. 2, p. 227-242, 1993.

ROSEN, G. *Da policia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica*. Traduzido por J. A. Guilhon de Albuquerque ; Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

_____. *Uma história da saúde pública*. Traduzido por Marcos Fernandes da Silva Moreira Rio de Janeiro/São Paulo : Hucitec/UNESP/ABRASCO, 1994.

ROTER, D.L. et all. Communication patterns of primary care physicians. *JAMA*, v. 227, p. 350-56, 1997

SANTOS, R. M. B. *Projeto Qualidade Integral em Saúde (Qualis): Relato de uma experiência (abril de 1996 a junho de 1999)*. 2001. Tese (Dissertação de Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo.

SÃO PAULO, Secretária de Saúde do Estado de São Paulo. *Reorientação das ações de saúde em unidades básicas da Zona Leste (Núcleo II/V- DIR I)* . Projeto de parceria com o Ministério da Saúde, Secretária do Estado da Saúde de São Paulo e Casa de Saúde Santa Marcelina. São Paulo, novembro, 1995.

SÃO PAULO, Secretária de Saúde do Estado de São Paulo. (CSRMGSP)- ***Projeto Qualis: resumo da avaliação do período de abril/outubro de 1996***. Projeto de parceria com o Ministério da Saúde, Secretária do Estado da Saúde de São Paulo e Casa de Saúde Santa Marcelina. São Paulo, novembro, 1996.

SCHRAIBER, L. B. ***Educação médica e capitalismo: um estudo das relações educação e prática médica na ordem social capitalistas***. São Paulo : Hucitec, 1989.

_____. O trabalho médico e a clínica na medicina moderna. In: CEFOR. ***O Trabalho em Saúde e a Organização da Prática***. São Paulo: Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde, 1992. p. 1-33 (Série Cadernos CEFOR-Textos, 4)

_____. ***O médico e seu trabalho. Limites da liberdade***. São Paulo: Hucitec, 1993.

_____. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. ***Revista de Saúde Pública***, v. 29, n. 1, p. 63-74, 1995.

_____; MENDES-GONÇALVES, R. B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: _____; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (orgs.). ***Saúde do Adulto. Programas e Ações na Unidade Básica***. São Paulo : Hucitec, 1996. p. 29-47.

SENNA, M. C. M. Municipalização e controle social: o programa médico de família em Niterói. Rio de Janeiro, 1995. Tese (Dissertação de Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública da USP, São Paulo.

SIBBALD, B ; YOUNG, R. Job stress and mental health of GPs. ***Br J Gen Pract***, v. 50, n. 461, p. 1007-1008, Dec. 2000

SILVA JÚNIOR., A. G. ***Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: O Debate no Campo da Saúde Coletiva***. São Paulo : Hucitec, 1998.

SILVA, J. A. S. *O agente comunitário de saúde do Projeto Qualis em São Paulo: agente institucional ou agente da comunidade?* São Paulo, 2001. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo.

SIMMONS, J. et al. The interpersonal relationship in clinical practice. *Evaluation ; Health Professions*, v. 18, n. 1, p. 103-122, 1995.

SOUZA, A.R.N.D. *Formação médica, racionalidade e experiência: O discurso médico e o ensino da clínica*. 1998. Tese (Doutorado) – Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

SOUZA, E.C.F. *Narrativas sobre um mal-estar: bocas, câncer e subjetividades*, São Paulo, 2001. 66p. (Texto de qualificação de tese) [mimeografado].

SOUZA, S.P.S. *A inserção dos médicos no serviço público de saúde. Um olhar focalizado no Programa Saúde da Família*. 2001. Tese (Dissertação de Mestrado) – Instituto de Medicina Social da Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

STEWART, M. et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *The Journal of Family Practice*, v. 49, n. 9, p. 760-804, set. 2000.

TÄHKÄ, V. *O Relacionamento Médico-Paciente* Traduzido por José Otávio de Aguiar Abreu. Porto Alegre : Artes Médicas, 1988.

TRIVIÑOS, A. N. S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais*. São Paulo : Atlas, 1988

VASCONCELLOS, M. P. C. Reflexões sobre a saúde da família. In: MENDES, E.V. (org.) *A Organização da Saúde em Nível Local* São Paulo- SP : Hucitec, 1998. p 155-172.

VAN DEN AKKER, M, et all. A. Barriers in the care of patients who have experienced a traumatic event: the perspective of general practice. *Fam Pract*, v. 18, v. 2, p. 214-6, 2001.

VAN WELL, C. Underdiagnosis of asthma and COPD: is the general practioner to blame? *Monaldi Arch Chest Dis*, v. 57, n. 1, p. 65-8, fev. 2002

VERAS, C.L.M.; RODRIGUES, R.M.; CARVALHO, A .L.B.A saúde da família na Paraíba: do processo de implantação aos resultados. *Divulgação em Saúde para Debate*, v. 20, p. 26-34, 2000.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Revista de Saúde Coletiva*, v. 8, n. 2, 1998

VIANNA, M. L. W. *Política social e transição democrática: O caso do Inamps Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: UFRJ-IEI, 1989. [mimeografado]

YIN, R.K. *Case Study Reserch: Disign and Methods*. 2ª ed. California-EUA : Sage Publications, Inc., 1994.

ZERBINI, F.E.J. *Projeto QUALIS/PSF: Projeto Qualidade Integral à Saúde/ Programa Saúde da Família, subdistritos de Vila Nova Cachoeirinha, Parque São Lucas e Sapopemba*. São Paulo-SP, outubro de 1997. 23p.

ZIMERMAN, D. E. A formação psicológica do médico. In: MELLO FILHO, J. (ed.). *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre-RS : Artes Médicas, 1992. p. 64-73.

