

**UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ**

**TÂNIA PIRES**

**RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE:  
Um compromisso com a consolidação do SUS.**

**Itajaí  
2006**

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**TÂNIA MARIA SANTOS PIRES**

**A RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE:  
Um compromisso com a consolidação do SUS**

Dissertação apresentada como requisito  
parcial à obtenção do grau de Mestre, pelo  
Programa de Mestrado Profissionalizante em  
Saúde e Gestão do Trabalho do Centro de  
Educação em Ciências da Saúde da  
Universidade do Vale do Itajaí.

**Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dra Rosita Saupe**

**Itajaí  
2006**

*Dedico este estudo:*

*Aos que insistem em fazer do SUS o sistema  
de saúde que sonharam para o Brasil.*

*À minha avó, Dona Mariazinha, cuja história  
simboliza as iniquidades da atenção à saúde,  
mas também a fé, a persistência e a vontade  
de viver.*

*À minha mãe, Adelaide, que soube nos  
passar esta preciosa herança.*

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, que me permitiu chegar até aqui.

A minha mãe e meus irmãos Zuleide e José, por sempre estarem próximos e me fazerem sentir segura dentro de uma família.

Aos meus filhos, Cecília e Leopoldo, pelo amor, carinho e o simples fato de existirem na minha vida.

Aos meus amigos queridos, Pr. Marcílio (in memorian), Zelda e Eli Claire, pelas orações, incentivo e suporte constante.

A professora Rosita, minha orientadora e amiga, por aceitar participar da minha vida nestes dois anos.

Aos colegas preceptores e residentes da Medicina de Família e Comunidade da PUC-PR pela ajuda e compreensão neste processo conjunto de construção de aprendizagem.

*Não se conformem com este mundo, mas transformem-se pela renovação da sua mente, assim vocês serão capazes de experimentar e comprovar a boa, agradável e perfeita vontade de Deus.*

*Apóstolo Paulo – Carta aos Romanos, cap. 12 v.2*

## SUMÁRIO

<b>LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS</b> .....	vi
<b>LISTA DE QUADROS</b> .....	vii
<b>RESUMO</b> .....	viii
<b>ABSTRACT</b> .....	ix
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	1
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	6
2.1 O movimento pela Reforma Sanitária e o SUS.....	6
2.2 O SUS e a formação de recursos humanos para a saúde.....	13
2.3 A formação médica e o hospital.....	21
2.4 A residência médica no Brasil e a Atenção primária à saúde.....	27
<b>3 PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	38
3.1 Pesquisa qualitativa.....	38
3.2 Sujeitos da pesquisa.....	40
3.3 Coleta de dados.....	41
3.4 Dimensão ética.....	43
3.5 Método de análise.....	44
<b>4 RESULTADOS: Análise e Discussão</b> .....	45
<b>4.1 Abrindo caminhos para a Atenção primária em Curitiba</b> .....	48
4.1.1 O difícil começo: incompreensão e preconceito.....	48
4.1.2 O primeiro projeto político pedagógico da residência MFC.....	54
4.1.3 A escolha pela medicina de família e comunidade.....	63
<b>4.2 Olhando para trás: avaliando o programa</b> .....	69
4.2.1 Preceptorial – a força do modelo.....	69
4.2.2 Dificuldades e carências.....	79
4.2.3 Ultrapassando o paradigma do hospital.....	86
<b>4.3 Olhando para frente: contribuindo com o programa</b> .....	91
4.3.1 A residência ideal.....	91
4.3.2 O médico de família e comunidade e o SUS.....	96
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	103
<b>6 REFERÊNCIAS</b> .....	110
<b>7 APÊNDICES</b> .....	115
<b>8 ANEXOS</b> .....	118

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMB	- Associação Médica Brasileira
APS	- Atenção Primária à Saúde
CFM	- Conselho Federal de Medicina
CNRM	- Comissão Nacional de Residência Médica
COREME	- Comissão de Residência Médica Estadual
CONEP	- Conselho Nacional de Ética em Pesquisa.
INAMPS	- Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
HUC	- Hospital Universitário Cajuru
MFC	- Medicina de Família e Comunidade
PPP	- Projeto Político Pedagógico
PSF	- Programa Saúde da Família
SMS	- Secretaria Municipal de Saúde
SGTES	- Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde
UBS	- Unidade Básica de Saúde

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Demonstrativo das entrevistas por turma da residência de MFC	45
QUADRO 2 – Caracterização inicial da residência MFC – 1998 a 2005.....	46
QUADRO 3 – Demonstrativo de fatores positivos da residência MFC .....	69
QUADRO 4 – Demonstrativo dos conceitos da residência por turma.....	75
QUADRO 5 – Demonstrativo de fatores negativos da residência MFC.....	79
QUADRO 6 – Demonstrativo de sugestões de mudanças.....	91

## RESUMO

A medicina de família e comunidade e o Sistema Único de Saúde são convergentes desde o seu início. Foi dentro dos departamentos de Medicina Preventiva e Social e das residências médicas em Medicina Geral e Comunitária que se fomentaram as idéias sobre a necessidade de mudança do modelo de saúde do país, principal pauta do movimento que ficou conhecido como Movimento da Reforma Sanitária. As conferências de Alma-Ata em 1978 e de Promoção de Saúde em 1986 deram respaldo internacional às reformas que aconteceram em 1988 com a criação do Sistema Único de Saúde e em 1994 com o Programa Saúde da Família, atualmente reconhecido como uma estratégia para a reorganização do sistema público de saúde. Para compor as equipes do PSF, médicos de várias especialidades se aliaram à nova proposta, mas o desenrolar dos anos mostrou que se faz necessário o especialista em medicina de família e chega-se a conclusão que a melhor maneira de formá-lo é através da residência médica. Com a **justificativa** de contribuir para o avanço deste processo elegemos, para este estudo, o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da PUC-PR. Os principais **objetivos** foram: avaliar o programa a partir da visão dos seus egressos, conhecer suas percepções sobre o programa e evidenciar suas contribuições para a melhora do mesmo. A **metodologia** utilizada foi a da pesquisa qualitativa, sendo a amostra delimitada pelo critério de saturação das respostas, chegando a um total de doze sujeitos, todos egressos do programa. A entrevista foi a técnica escolhida para a coleta dos dados. A análise foi feita utilizando-se da análise do discurso. Os **resultados** mostram que a maioria dos informantes avalia o programa como bom, destacando as figuras dos preceptores como fator mais importante para esta avaliação. As principais insatisfações referem-se ao excesso de trabalho na Unidade de Saúde e carga horária excessiva de plantões hospitalares. Entre suas contribuições para melhorar o programa destacamos: mais tempo na Unidade de Saúde e menos tempo nos hospitais, mais discussão sobre o Sistema Único de Saúde e sobre a Atenção Primária à Saúde e mais práticas comunitárias. Este trabalho levanta como proposta para a formação do médico de família e comunidade, que ela aconteça totalmente dentro do Distrito Sanitário, utilizando-se da Unidade Básica de Saúde, dos Centros de Especialidade, da Unidade Vinte e Quatro Horas e do Hospital Comunitário como cenários de aprendizagem. A maioria dos ex-residentes relata satisfação com a escolha pela medicina de família e comunidade e afirma estar ciente do seu papel na consolidação do Sistema Único de Saúde.

**Palavras-chave** : Residência Médica, Recursos Humanos em Saúde, SUS

## ABSTRACT

Family and community medicine and the Sistema Único de Saúde (the Brazilian Public Health System) have gone hand-in-hand from their very beginning. It was within the departments of Preventive and Social medicine, and medical internships in General and Community Medicine, that ideas on the need for a change of health model in the country first emerged, as the main subject in the movement which became the health reform known as the “Movimento da Reforma Sanitária”. The Alma-Ata conference in 1978 and the Health Promotion conference in 1986 gave international recognition to the Brazilian reforms, which took place in 1988 with the creation of the “Sistema Único de Saúde” and the Family Practice strategy, known as “Programa de Saúde da Família” in 1994, currently recognized as a strategy for reorganizing the public health system. In order to become members of the family practice teams, physicians of various specializations adopted the new work proposal, but over the years, it became apparent that a specialist was needed for the Primary Care and Family Medicine, and it was decided that a residency program would be the best way to train this type of professional. With the **justification** of contributing to the advance of this process, we selected the PUC-PR family and community medicine internship program for this study. The main **goals** were: To evaluate the internship program through the opinions of its former interns, to discover their views about the program and to gather their contributions for improving it. The **method** chosen was qualitative research, the sample being limited by data saturation. Twelve people were needed to achieve saturation, all former interns. The interview was chosen as the data collection technique. The analysis was made based on discourse analysis. The **results** show that the majority of those interviewed considered the program to be good, highlighting the roles of preceptors as the most important factor in this assessment. The main points of dissatisfaction related to the high work load in the Health Unit and the excessive hospital shifts. Among their contributions to improving the program, we highlight: More time in the Health Unit and less time in the hospitals, more discussion on the Sistema Único de Saúde and Primary Health Care and more community practices. This paper constitutes a proposal that the further training of the family and community physician occur in the same health region, using the Basic Health Unit, the Specialization Centers, the emergency departments and Community Hospital, as learning scenarios. Most of the former residents were satisfied with their choice of family and community medicine, and were aware of their role in the consolidation of the “Sistema Único de Saúde”.

**Key words:** Medical Internship, Human Resources in Health, SUS

## 1 INTRODUÇÃO

As histórias do SUS e da medicina de família têm uma forte relação entre si. Não foi por acaso que a oficialização do SUS levou ao crescimento desta especialidade em todo o país, sobretudo a partir de 1994 com a implantação do Programa Saúde da Família. Este fato trouxe também para o cenário de estudo e de discussão, a formação e capacitação de recursos humanos adequados à nova demanda, destacando-se os programas de residência.

Podemos dizer que esta modalidade de residência está passando por um novo momento, revendo seus programas e objetivos em todo o Brasil, principalmente após o reconhecimento da Medicina de Família e Comunidade como especialidade médica em 2003. Apesar desta denominação ser recente, o primeiro programa de residência médica com enfoque comunitário, então denominado de Medicina Geral e Comunitária iniciou-se em Porto Alegre – Rio Grande do Sul, em 1976, há 30 anos, no Centro de Saúde Escola Murialdo (FALK, 2004).

A evolução dos entendimentos do processo saúde e doença, as Conferências Internacionais sobre Atenção Primária e Promoção de Saúde, associadas aos anseios de mudanças no cenário político fomentaram as discussões sobre a reorganização do sistema nacional de saúde. Estas demandas resultaram num movimento que ficou conhecido como Movimento Sanitário Brasileiro. Pode-se dizer que a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) na constituição de 1988 e do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994 são conquistas deste movimento.

Desde então, percebe-se a necessidade de médicos especialistas em Atenção Primária, com enfoque comunitário, capacidade para trabalhar em equipe, habilidades em educação e comunicação em saúde, compreensão clara

do processo saúde-doença e dos conceitos da nova promoção de saúde. Encontrar estes profissionais, na proporção da necessidade de preenchimento das vagas do PSF, que começava a crescer em todos os estados, era impossível.

A razão da dificuldade de encontrar-se médicos com capacitação adequada à proposta de Atenção Primária, que estava sendo implementada através do PSF, justifica-se historicamente no Brasil, pela falta de incentivo à formação destes profissionais. Além de já serem poucos, os programas de residência em Medicina Geral e Comunitária diminuíram radicalmente no final da década de 80, agravando-se esta situação em razão do total corte de bolsas para esta modalidade de residência neste mesmo período (FALK, 2004).

Em 1994, quando iniciou-se o PSF, houve migração de médicos de várias especialidades para integrar as equipes. Estes profissionais enfrentaram o desafio de rever suas práticas e construir seus processos de trabalho, baseando-se em novos paradigmas de saúde e doença. Para muitos desses profissionais, essa busca significou investimento de recursos financeiros próprios, em cursos de especialização em saúde da família, ou em saúde coletiva, visto que poucos municípios investiram na capacitação de seus profissionais através de cursos preparatórios.

A proposta de saúde que ficou expressa na Constituição através da criação do SUS, requer um profissional médico, com capacidade para desenvolver aptidões que vão além dos conhecimentos técnicos adquiridos durante a sua graduação e pós-graduação. Ele precisa ter compromisso social e aguçada sensibilidade para perceber as necessidades e sofrimentos, que apesar de se expressarem no corpo, na maioria das vezes não se originam nele, mas no contexto social, econômico e cultural que envolve as pessoas e influencia diretamente na construção do adoecer ou ser saudável.

A sociedade espera dos médicos, em especial do médico de família, já que ele se insere diretamente no contexto da comunidade, o respeito pelo usuário enquanto cidadão, aplicando o conceito de cidadania como base de todas as suas ações e atitudes. Que desenvolva consciência crítica, mas pautada pela justiça e que não tenha constrangimento de ser conhecido como uma pessoa bondosa, carinhosa, afetuosa, por aqueles que testemunham e recebem o seu trabalho, sem esquecer no entanto, que a perspectiva de humanização inclui a permanente busca da atualização técnica e científica, tornando-o um profissional completo, competente e ético.

Há várias questões a serem resolvidas quanto à adequação do modelo de atenção que buscamos no Brasil, mas talvez a mais premente seja a capacitação de recursos humanos, principalmente do médico. O PSF expôs este problema em toda a sua amplitude.

Durante a minha vivência como médica de família e como professora da graduação, tenho notado o pouco interesse dos estudantes de medicina e da maioria dos médicos pela Atenção Primária à Saúde (APS). A tradição da especialização em sistemas, órgãos e faixas etárias é ainda muito forte dentro da formação médica, criando um entrave na aceitação de uma especialidade que atue fora do contexto hospitalar. Médicos recém formados aceitam participar de equipes do PSF, apenas enquanto esperam pelas provas de residência da especialidade de seu real interesse, causando constantes interrupções aos trabalhos das equipes.

É provável que o enfoque dado à saúde comunitária durante os programas de graduação seja deficiente. Esta suposição tem como suporte o fato de que na maioria das escolas médicas, ainda não existem departamentos e estágios em saúde coletiva. A disciplina Medicina de Família e Comunidade está sendo implantada lentamente nos currículos da graduação em medicina.

O formato da atenção médica praticada na rede pública de saúde do antigo sistema criou imagens negativas sobre a atenção ambulatorial dispensada. Ainda está presente na memória da população, o modelo que associa a imagem do médico da atenção primária à assistência médica rápida, descomprometida e pouco resolutiva de ambulatórios lotados e filas intermináveis.

A expressão “médico de postinho” traduz claramente o julgamento da população sobre a qualidade da atenção oferecida pelos médicos que atendiam nos postos de saúde dentro do modelo anterior, ao mesmo tempo em que “médico generalista” poderia apenas significar que o médico não fizera uma residência médica.

O paradoxo demonstra-se pelo fato de que os médicos que atendiam nos ambulatórios do INAMPS e nos Postos de Saúde estaduais e municipais eram os mesmos que atendiam nos hospitais e nos consultórios privados. Atender no “postinho” significava um compromisso profissional menor, todavia era uma garantia de renda fixa e de vantagens, como aposentadoria. A cobrança profissional também era pequena e ficava restrita aos números produzidos, pouco se exigindo da qualidade da atenção em seus vários aspectos.

Infelizmente resíduos deste passado ainda permeiam a atenção ambulatorial na realidade do SUS e do PSF. Em avaliação recente da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde sobre as atuações das equipes do PSF, os resultados indicam uma grande inadequação dos profissionais para atuar em APS. A deficiência é tão grande que dificilmente seria superada apenas com cursos de capacitação. As residências são essenciais para superar esta deficiência, tanto no caso específico do médico, quanto dos outros profissionais da saúde (BRASIL, 2005).

Considerando este contexto, é muito importante saber-se o quanto a residência médica realmente contribui para a formação do médico na

especialidade em foco. Qual a influência sobre sua vida, no aspecto pessoal e de inclusão no trabalho médico; como considera seu aprendizado durante a residência comparado às questões práticas do enfrentamento diário dos problemas; o que poderia ser melhorado nos programas de residência para subsidiar a prática da APS no enfoque da Medicina de Família e Comunidade; como avalia a si mesmo, o seu papel e seu trabalho, dentro da macrovisão da estrutura de saúde do país?

Estas respostas são importantes para a orientação e melhoria dos programas de residência, evitando que oscilem entre uma formação teórica, acadêmica e algumas vezes com prática desvinculada da realidade, ao exagero de práticas meramente tocadoras de serviço com mão de obra legalmente barata.

Destaco como foco de estudo deste trabalho a residência médica em Medicina de Família e Comunidade da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR). Iniciada em 1998, portanto há oito anos formou sete turmas de residentes, num total de 45 profissionais, entre os anos de 2000 a 2006. Este período faz parte de uma história de amadurecimento e mudanças, que não envolve apenas este curso de residência, mas o modo de pensar, sentir e fazer a saúde no nosso país.

A Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR), instituição com reconhecida tradição no ensino médico neste Estado, aceitou esta proposta de estudo, percebendo-a como contribuição para melhora da formação do médico de família, através do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade.

Assim, com fundamento nas justificativas apresentadas e considerando a importância da avaliação de programas, principalmente na perspectiva dos sujeitos envolvidos, apresento este trabalho que propõe como objetivo, avaliar o programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da PUC-PR a

partir das contribuições de seus egressos. De maneira específica, pretende-se caracterizar os egressos quanto a gênero, idade, atuação dentro da área de formação, tempo de formado; conhecer as percepções destes egressos sobre o programa de residência que cursou; saber como percebe a sua especialidade e o seu próprio papel no contexto da construção do SUS; trazer suas contribuições para melhorar o programa de residência em Medicina de Família e Comunidade.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO.**

### **2.1 O Movimento pela Reforma Sanitária e o SUS.**

A atenção à saúde no Brasil passa pelo processo de construção de um novo modelo. Ao falarmos assim, não nos referimos apenas à estrutura legal do sistema, seus ajustes e reajustes, mas ao modo de interagir os processos ideológicos e norteadores das práticas de saúde, às vivências cotidianas das ações e seus pontos críticos.

Estamos caminhando através de conceituações que envolvem um novo domínio técnico científico, mas que não se relacionam com a tecnologia de materiais e máquinas, mas com a comunidade, famílias, grupos sociais, grupos religiosos, modos de vida e crenças sobre o que significa ter saúde, ter acesso à cidadania e acima de tudo, como participar efetivamente deste processo de reconstrução a partir do ponto de vista de cidadão brasileiro.

Vale a pena lembrar que a luta pela reforma do setor saúde é sem dúvida também uma luta pelo resgate da cidadania, da democracia e do estado de direito. É com esta concepção que entra em cena o Movimento pela Reforma Sanitária ou Movimento Sanitário Brasileiro, ou ainda como foi pejorativamente chamado, o partido sanitário.

É interessante pensar-se no significado da palavra **movimento** associando-a aos acontecimentos do referido momento. O substantivo movimento traduz a sensação de inquietude, mudança, desassossego. A ansiedade de fazer alguma coisa para mudar a situação política do país, que vivia a ditadura militar, envolveu pessoas com as mais diversas motivações, fossem elas acadêmicas, políticas e até religiosas. Este era o sentimento que se percebia na da década de setenta, auge do regime militar.

Além da violência e limitação dos direitos das pessoas, o regime aplicava políticas públicas que obedeciam as ideologias de extrema direita, capitalista e por conseqüência excludentes em si mesmas. Assim era sistema público de saúde representado pelo extinto Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS).

Apesar de ser chamado de “público”, por estar vinculado a administração governamental, o INAMPS poderia ser considerado um sistema privado às avessas, considerando-se a lógica de sua operacionalidade. O governo utilizava o dinheiro do trabalhador para financiar hospitais privados que prestavam serviços que seriam pagos pelo próprio governo. Pode-se dizer que o governo investia dinheiro público para dar lucro ao sistema privado de saúde.

Além de uma lógica operacional distorcida, a atenção prestada era injusta e excludente porque beneficiava os trabalhadores que se inseriam no sistema formal, mas negava direitos a uma enorme parcela da população que estava sem emprego formal, migrando para as periferias dos grandes centros urbanos ou permanecendo quase isolada nas áreas rurais (MENDES, 2001).

A percepção destas injustiças inspirou várias formas de reação da sociedade, desde a luta armada do Araguaia à poesia de protesto de Chico Buarque. No setor saúde, o protesto veio em forma de um movimento que

desejava uma completa reforma no setor, baseando-se nos princípios da solidariedade e do direito à vida.

A movimentação acontecia dentro das universidades, entre os profissionais de saúde, nos grupos sindicais e grupos religiosos de vários credos. A chamada linha progressista da igreja era vista com desconfiança pela tradição religiosa católica por ser considerada de esquerda. As Comunidades Eclesiais de Base foram representativas deste momento na vida da igreja porque através de lideranças religiosas e leigas, conseguiam discutir problemas de interesse comunitário (PONTIFÍCIO INSTITUTO DAS MISSÕES EXTERIORES – P.I.M.E,1999).

O Doutor Sérgio Arouca, reconhecido como um dos líderes do Movimento da Reforma Sanitária, contava que este movimento nascera da vontade de lutar contra a ditadura, inspirada na frente democrática, integrado à prática da medicina dentro de uma análise marxista da saúde. Assim surgem as discussões sobre o processo saúde e doença, novas metodologias de trabalho em saúde, a determinação social das doenças. Na prática implantaram-se projetos de saúde comunitária como clínicas de família e pesquisas comunitárias. Os locais férteis para a disseminação destas idéias eram os departamentos de medicina preventiva e social e as residências de medicina geral e comunitária (BRASIL, 2005 - a).

O Partido Comunista Brasileiro foi um ator importante neste cenário, não apenas pelo discurso ideológico, mas porque seus intelectuais conseguiram unir um significado prático à teoria, mostrando que aquelas ações resultariam na melhora da qualidade de vida e saúde da população. Agiam, portanto, em nome da solidariedade, com estratégias que incluíam o treinamento de todos os seus militantes políticos e com uma agenda de contínuos debates sobre saúde (BRASIL, 2005 – b).

Mesmo com toda a controvérsia sobre a ideologia que inspirava as ações comunitárias em saúde, não havia como negar o respaldo técnico internacional que as afiançavam. A Conferência de Alma-Ata sobre Atenção Primária à Saúde em 1978 trouxe novos conceitos de políticas públicas dirigidas à atenção básica, como também discutiu o conceito ampliado de saúde e doença, enfocando a sua dimensão social (BRASIL, 2002).

No contexto nacional, iniciava-se o processo de abertura política com a anistia irrestrita em 1979, o pluripartidarismo com o crescimento dos partidos de esquerda, eleição direta para governadores em 1982 e logo em seguida, o movimento das “diretas já” que embora não tendo sido vitorioso, conseguiu fazer pressão para a eleição do presidente Tancredo Neves em 1984 (COSTA, 2005).

A ditadura militar chegava ao fim. Iniciava-se o processo de redemocratização do país, com liberdade de imprensa e fim da censura. Em 1985 a população brasileira assistia no horário nobre da rede globo, a novela Roque Santeiro. O personagem padre Albano, vivido pelo ator Cláudio Cavalcante, era um padre da ala progressista, que não usava batina, preocupava-se com os sem-terra e discutia as injustiças sociais, principalmente aquelas relacionadas à saúde. O enfoque da novela revela-se como um dos sinalizadores da disposição e envolvimento da população na discussão das iniquidades do sistema de saúde, tudo se constituindo em um preparo favorável para o evento que aconteceria no ano seguinte, a VIII Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 2005 – a).

A VIII Conferência Nacional de Saúde é considerada um marco histórico no decorrer deste processo. Realizada em 1986, aproximadamente um ano após o fim do regime militar, era a oportunidade de concretizar em propostas, o resultado do processo crítico que vinha sendo estruturado ao longo dos anos anteriores. Era também o momento de trazer uma efetiva participação popular para referendar as discussões e decisões a serem tomadas o que era considerado um desafio, visto que tradicionalmente as conferências de saúde até aquele momento, se

constituíam em espaços burocráticos, com decisões pré-definidas e pouco discutidas (BRASIL, 2005 – a).

Lideranças políticas, profissionais de saúde e o população representada por mais de quatro mil pessoas presentes em Brasília, levaram estas reflexões e propostas à pauta da VIII Conferência Nacional de Saúde, tornando-a a mais importante e significativa das conferências de saúde do Brasil (BRASIL, 2005 – a).

A grande diferença que caracterizou a VIII conferência foi sua estruturação democrática. Todos os segmentos sociais que discutiam a saúde foram representados por delegados. A discussão prévia foi ampla, acontecendo inicialmente em todos os municípios, estados, até chegar na esfera nacional, onde os delegados puderam levar as aspirações da população com relação ao futuro da saúde no Brasil. Os resultados desta conferência tiveram influência direta sobre a Comissão Nacional de Reforma Sanitária e seus estudos técnicos sobre a viabilidade político institucional, econômica e social do projeto de reformas para o sistema de saúde (MENDES, 2001).

As propostas da VIII conferência chegaram à Assembléia Constituinte de 1988 e demonstraram a necessidade da democratização da saúde, tendo como base a universalidade da atenção, a integralidade das ações e da equidade, apontando a descentralização e o controle social como essenciais para a reforma do setor saúde (BRASIL, 2005 – a).

O princípio da descentralização foi sendo implantado gradativamente, com ajustes de normas operacionais que melhor atendessem às necessidades dos municípios nos novos sistemas de habilitação e gerenciamento de recursos. Da mesma forma, o conceito de equidade foi se concretizando durante as discussões posteriores, mostrando-se mais adequado aos objetivos do SUS que o princípio de justiça.

Estas propostas atendiam as expectativas políticas de centro-esquerda e eram consideradas de inspiração socialista. A corrente política de centro-direita, considerada neoliberal, defendia a permanência do setor privado, principalmente os interesses das empresas de planos e seguros de saúde que estavam em franca expansão (MENDES, 2001). As duas correntes se expressaram na Constituição de 1988 na legislação de criação dos SUS, onde ficou autorizada a complementaridade do setor privado na prestação de serviços à saúde.

Há críticas a esta associação socialista e neoliberal na criação do SUS. Parece evidente que esta gênese contraditória traria conseqüências coerentes com sua ideologia original. No decorrer desses anos de implantação do SUS, as duas correntes sempre estiveram juntas, porém de certo modo paralelas, mantendo sempre uma nítida diferença e separação entre os dois sistemas coexistentes, o de ricos e pobres, o de acesso estabelecido pela rede básica e o de acesso não estabelecido ou de acordo com o modelo de especialidades, o que se inclui pela necessidade social e o que se exclui voluntariamente (MENDES, 2001).

Seria reducionismo dizer que a exclusão do SUS, das classes mais favorecidas da sociedade, seria apenas fruto do preconceito entre ricos e pobres, mesmo porque na sociedade brasileira os dois termos são poucos expressivos da realidade. Aqueles que são chamados de “ricos”, em sua maioria apenas não são tão pobres e alguns a quem chamamos “pobres” felizmente não estão entre os 60 milhões de pessoas que eram denominadas de indigentes sanitários, que antes não tinham a carteirinha do INAMPS.

A migração de inclusão ao SUS beneficiou aqueles que estavam totalmente excluídos do sistema formal de atenção à saúde, e também aqueles trabalhadores formalmente registrados, mas com baixos salários, que eram atendidos pelo INAMPS e pelos convênios de assistência privada das grandes empresas.

A estrutura financeira do país em grave crise naquele momento, não tinha condições de sustentar o aumento da demanda e o financiamento de serviços para toda a população, situação já prevista pelo setor privado de planos e de seguros de saúde, que absorveu a população que se excluiu do SUS, caracterizando a chamada universalidade excludente, conforme analisa Mendes :

[...] a expansão da universalização do sistema de saúde, por baixo, veio, inicialmente, acompanhada da exclusão de segmentos sociais das camadas médias e de operariado qualificado por cima. O sistema, finalmente acomodou-se: a expulsão provocada pelo racionamento no sistema público foi compensada pela absorção desses segmentos nos sistemas privados. Ou seja, combinou-se inclusão por baixo e exclusão por cima (MENDES, 2001, p. 98).

Estes são alguns dos dilemas e desafios do SUS durante sua consolidação, achar a forma de unir na prática as duas correntes, respeitando o estado de direito, a livre escolha, a liberdade e acima de tudo o ser humano, reconhecendo-o como cidadão, aplicando a equidade e buscando a justiça social.

Como resposta operacional à criação do SUS, em 1994, foi implementada a estratégia do Programa Saúde da Família (PSF), com objetivo de estender as ações básicas de saúde a toda a população. Algumas cidades como Niterói, Londrina, Porto Alegre, Curitiba, já estavam organizando seus serviços de atenção básica, a partir do enfoque família e comunidade. Isto significou reorientação do fluxo para fazer da Unidade Básica de Saúde (UBS) a porta de entrada do sistema, fazer cadastramento de famílias segundo áreas e microáreas, dividir regiões em distritos sanitários. As experiências bem sucedidas nestas cidades estimularam a disseminação do PSF com apoio financeiro do Ministério da Saúde e recursos do Banco Mundial.

A constituição de 1988 ficou conhecida como a “constituição cidadã” porque no seu texto privilegiava os direitos e a dignidade humana. Muito criticada por aqueles que julgavam que deixaria o país ingovernável por causa do “excesso de direitos”, provou que a cidadania é o grande passo para a democracia plena.

A reforma política institucional que criou o SUS, não modificou apenas a forma de gerenciar recursos para a saúde, mas antes de tudo modificou a ideologia do sistema de saúde no Brasil. O SUS com seus princípios doutrinários, éticos e solidários, que dignificam o ser humano, significa uma grande mudança no modelo de atenção à saúde, tendo a cidadania como base de suas ações.

## **2.2 O SUS e a formação de Recursos Humanos para a saúde.**

A Constituição Federal no seu artigo 200, inciso III, responsabiliza o SUS quanto à formação de recursos humanos que viabilizem sua estruturação, nos seus três níveis de governo.

A Lei Federal 8080/90 (BRASIL, 2006) estabelece a atuação do SUS quanto à formação de recursos humanos e como campo de prática de ensino:

Compete ao SUS a organização de um sistema de formação de recursos humanos em saúde em todos os níveis de ensino, inclusive pós-graduação [...] Os serviços públicos que integram o SUS constituem-se em campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas elaboradas conjuntamente com o sistema educacional (BRASIL, 2006, Lei 8080, seção II, cap. IV, título IV, art.27, de 19/09/1990).

A ordenação de profissionais de saúde formados de modo coerente com o novo modelo de atenção à saúde é essencial para a consolidação do SUS. Isto significa que as instituições formadoras devem se adequar às demandas da sociedade, em todos os níveis de ensino e formação.

Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições formadoras de ensino profissional e superior.  
Parágrafo único. Cada uma dessas Comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do

Sistema Único de Saúde, na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre estas instituições (BRASIL, 2006, Lei 8080, título II, cap. III, art.14, de 19/09/1990).

No caso da formação dos profissionais de saúde, há o envolvimento de dois Ministérios, o da Educação e o da Saúde. Considerando a interface formação de recursos humanos para a saúde, há necessidade de diálogo contínuo entre os dois ministérios para que sejam estabelecidas políticas coerentes com a realidade vivenciada pelo setor saúde.

Outra integração importante deve acontecer no nível municipal, entre as Secretarias Municipais de Saúde e as Instituições formadoras, para que a rede municipal de saúde seja cenário permanente da formação dos profissionais de saúde.

Estas discussões têm sido mediadas e fomentadas por articuladores da formação em saúde, como é o caso da Rede Unida. Esta rede de discussão e de integração de pessoas vem se articulando desde 1985. A Rede Unida tem estado ativa nas discussões que envolvem a formação de profissionais da saúde. Sua origem está na Rede IDA que era uma rede de Integração Docente Assistencial e também do projeto UNI, que foi um desencadeador de mudanças no ensino de profissionais de saúde, com o apoio da fundação Kellogg na América Latina (MELO, 2004).

A Rede Unida faz articulação entre serviços, projetos, instituições e pessoas, com o principal compromisso de mudança na formação dos profissionais de saúde. Atualmente constitui-se num ator social que tem influência nas políticas do setor educação e saúde, estimulando a criação de um cenário de discussão e um contexto mais favorável que promova mudanças e ajustes.

A discussão do problema trouxe à tona a concepção defendida por atores sociais importantes, como gestores do SUS e de instituições formadoras,

que o problema dos recursos humanos no SUS seria resolvido naturalmente com a adequação das novas determinações que estavam mudando o sistema de saúde. Estas mudanças antecederiam e de certa forma fariam a pressão necessária, junto com a conformação de mercado, para que ocorressem as mudanças nos profissionais (MELO, 2004).

Esta concepção mostrou-se frágil desde o princípio, porque o processo formativo sofre múltiplas influências, não acontecendo por acaso e nem apenas de acordo com as conformações de mercado, apesar de seguramente sofrer pressões deste. Para que ocorram mudanças no processo formativo, o investimento deve ser constante e objetivo, influenciando na essência da formação do profissional, no seu contexto e nos significados do seu aprendizado (GOMES, 2005).

No caso específico dos médicos e sua formação, desde a graduação até à pós-graduação, a formação dos valores profissionais ainda são conduzidos na perspectiva do modelo flexneriano, de 1910, demonstrando-se ao longo dos anos, muito resistente às mudanças e inovações, apesar de sempre aberta à incorporação da alta tecnologia.

A influência desta tecnologia que produziu avanços e descobertas científicas, transformaram a medicina em ciência, mas deixaram um rastro de impessoalidade e dificuldade nas relações humanas, de maneira que atualmente necessitamos denominar alguns programas utilizando a palavra “humanização”, com o objetivo de sensibilizar os profissionais. Assim temos a “humanização do parto”, “humanização da UTI”, deixando clara a intenção de chamar a atenção dos profissionais para a sua condição igualmente humana, nas fragilidades e necessidades comuns dos seres humanos, principalmente quando estão doentes.

Alguns incentivos importantes à avaliação e mudanças do processo formativo têm chegado às Universidades, entre eles a Comissão Interinstitucional

Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM) e o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares dos Cursos de Saúde (PRO SAÚDE), com o propósito de discutir as necessidades e mudanças e também de premiar as instituições que promoveram alterações curriculares que respondessem às reais demandas da população e à consolidação do SUS (MELO, 2004).

Uma resposta do Ministério da Saúde à formação de recursos humanos, foi a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, com o Departamento de Gestão da Educação na Saúde em sua estrutura, com o objetivo de formular políticas que venham a resolver e fortalecer os recursos humanos para o SUS.

Cabe ao Ministério da Saúde, a elaboração de políticas que promovam a educação permanente dos profissionais da saúde, em todos os níveis de escolaridade, como também a elaboração de políticas claras de incentivo à pós-graduação, nas áreas fundamentais para a estruturação do SUS e da atenção primária, como é o caso da residência em Medicina de Família e Comunidade (BRASIL, 2005).

Outro importante marco para as mudanças na formação dos profissionais de saúde foi a nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, promulgada em 1996. No que diz respeito ao ensino superior, a nova lei coloca como principais finalidades da formação universitária, o desenvolvimento do espírito crítico, o incentivo à pesquisa e à investigação científica, a criação cultural e o pensamento reflexivo (MELO, 2004).

Quanto ao médico, as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina determinam a formação de um profissional generalista, humanista, com uma postura crítica e reflexiva e que seja capaz de atuar nos enfoques de promoção da saúde, da prevenção e da assistência de forma integral, com responsabilidade social e compromisso de cidadania (BRASIL, 2001).

Conclui-se a partir da análise desta nova proposta de educação médica que o modelo tradicional de formação e ensino médico, centrado na doença e no hospital, tem se mostrado inadequado para garantir a formação deste profissional.

As mudanças nos cursos de graduação ocorrem num momento muito propício à sociedade. O processo de construção do SUS, a condução das discussões e iniciativas do Ministério da Saúde quanto à ordenação e formação de recursos humanos para o SUS e a reforma no ensino superior, são contextos importantes para que as mudanças efetivamente aconteçam.

No cenário internacional, O Relatório da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI, coordenado por Jacques Delors, documento publicado no Brasil com o título “Educação: um tesouro a descobrir”, estabelece os quatro pilares para a educação contemporânea : aprender **a ser**, aprender **a fazer**, aprender **a viver juntos** e aprender **a conhecer** (DELORS, 2000). Eles estão sempre inter-relacionados na experiência da aprendizagem humana e são indissociáveis.

Os quatro pilares da educação, formulados pela comissão coordenada por Delors, nada mais são do que o reconhecimento do ser humano na sua integralidade, ressaltando o objetivo maior do processo educativo que é preparar para a vida, valorizando a pessoa como a parte mais importante do conjunto.

O conhecimento acumulado, o desenvolvimento tecnológico que domina o mundo de hoje e a velocidade das informações fazem parte do “aprender a conhecer” como diz o relatório Delors:

[...] A educação deve transmitir, de fato, de forma maciça e eficaz cada vez mais saberes e saber fazer evolutivos, adeptos à civilização cognitiva, pois são as bases da competência do futuro... À educação cabe fornecer, de algum modo, os mapas de um mundo complexo e constantemente agitado e, ao mesmo tempo, a bússola que permita navegar através dele (DELORS, 2000 p. 89).

O “aprender a fazer” está relacionado à formação profissional, ou seja, a prática do conhecimento aprendido, ou como se aplica o conhecimento teórico na vivência diária. No caso específico do médico, o aprender a fazer embasa os programas de residência que se fundamentam na aprendizagem em serviço. Aqueles que vivenciaram a prática de um programa de residência, sabem que ela desenvolve habilidades e interpretações claras do fenômeno estudado, dando significado e promovendo a fixação do conhecimento (DELORS, 2000).

O aprender a ser e o aprender a conviver, relacionam-se à essência do ser humano em sociedade. O aprender a ser envolve o auto-conhecimento, a aprendizagem com os próprios erros e acertos, o perdoar-se a si mesmo, reconhecer seus próprios limites e acreditar nos próprios potenciais. O desenvolvimento de consciência crítica, autonomia e responsabilização pessoal, são alguns dos muitos ganhos daquele que está aprendendo a ser (DELORS, 2000).

O aprender a ser acontece todos os dias e em todos os momentos da vida e a sua fonte de conhecimento é o conviver, promovendo a troca permanente de aprendizagem. Significa adquirir sabedoria, muito mais que habilidades, autocontrole e paciência diante das transformações lentas, porém duradouras, do processo educativo e formador. Ter frente à vida, uma atitude positiva, corajosa e generosa, mesmo diante dos desgastes que eventualmente abalam as esperanças (DELORS, 2000).

O diferencial histórico da humanidade foi a convivência em sociedade, mas até hoje o viver juntos não é um processo fácil, por isso a necessidade do “aprender a conviver” através do processo educativo. A habilidade de firmar relacionamentos, comunicação efetiva, desenvolver a tolerância e a busca da paz através de condutas éticas e tranquilizadoras, promovem a compreensão mútua e desenvolvimento de relacionamentos interpessoais ricos e produtivos, conforme

analisa Delors "...o desenvolvimento dos serviços exige, pois, cultivar qualidades humanas que as formações profissionais não transmitem necessariamente e que correspondem à capacidade de estabelecer relações estáveis e eficazes entre as pessoas" (DELORS, 2000 p. 95).

Percebe-se que qualidades humanas, que fazem parte de uma herança pessoal, da formação do caráter de cada pessoa, constituem-se como essenciais na formação profissional. Estas qualidades fazem parte das estratégias educacionais, ampliando o conceito e a abrangência do processo educativo. A relação educação e valor fica bem estabelecida quando os objetivos da educação ultrapassam o objetivo do conhecimento intelectual, que atribuía o sucesso profissional à capacidade cognitiva (WERNECK, 1996).

A visão de educação que se mostra completa é aquela que privilegia o ser humano como um todo. Para isto a escola deve ser capaz de trabalhar com as diferenças, sociais, econômicas e históricas de cada aluno, sendo um espaço democrático, mas ao mesmo tempo um estímulo à disciplina, à perseverança e à auto-crítica, isto inclui maior responsabilidade sobre os processos de avaliação tornando-os mais justos e realistas nos seus resultados (WERNECK, 1996).

O relatório Delors mostra-se coerente com o conceito de competência, que se traduz num conjunto que envolve o conhecimento (saber conhecer), a habilidade (saber fazer) e a atitude (saber ser e saber conviver), para o desenrolar das várias atividades que compreendem o exercício profissional.

O mercado de trabalho atual, quer seja para os profissionais da saúde ou para outro ramo de atuação, está mais exigente e abrangente. Exige mais conhecimento, mas não aceita que este seja dissociado da experiência prática e da habilidade relacional.

Os métodos de seleção de recursos humanos (RH) demonstram esta tendência. O conhecimento técnico torna-se apenas o requisito para a seleção preliminar. Em seguida os candidatos apresentam seus currículos que são selecionados a partir dos objetivos pretendidos pelo selecionador, depois então vem a parte mais importante e subjetiva da seleção: a entrevista. Os departamentos de RH valem-se de psicólogos para detectar um profissional com o novo perfil exigido pelo mercado.

Capacidade de trabalhar em equipe, participação em discussões, habilidades de negociação e liderança, boa comunicação, são algumas das recentes qualificações necessárias para se atuar com sucesso no mundo do trabalho. Todos os aspectos citados são considerados competências a serem desenvolvidas pelos profissionais da saúde, principalmente na atenção primária, pois.

[...] Ajudar a transformar a **inter**dependência real em solidariedade desejada, corresponde a uma das tarefas essenciais da educação. Deve para isso, preparar cada indivíduo para se compreender a si mesmo e ao outro, através de um melhor conhecimento do mundo (DELORS, 2000 p. 41, grifo meu).

O prefixo “inter” adquiriu novas conotações e faz parte do vocabulário utilizado nos planejamentos das ações de saúde. Assim temos: **inter**ação, **inter**disciplinar, **inter**setorialidade, **inter**face que são mais significativos para o processo de trabalho do que outros “inters” mais conhecidos da linguagem técnica, como intercostal, interalveolar, intercondral, interdental.

O “inter” é a representação signífica do sentimento de reciprocidade que desejamos desenvolver na saúde, através da comunicação e relações de ações entre as diversas categorias profissionais atuantes e os diversos setores públicos e privados que interferem na produção da saúde. Para que isto se concretize, precisamos enfatizar o **aprender a ser** e o **aprender a conviver** nos programas de graduação e pós graduação em saúde de nossas universidades, rompendo com o antigo paradigma de ensino universitário instrumental, meramente voltado

ao lucro e às necessidades do mercado, evoluindo para a construção de um profissional satisfeito com o seu desempenho.

### **2.3 A Formação Médica e o Hospital.**

A formação médica tem sua história intimamente ligada à história dos hospitais e do significado deles para o ensino médico e para o desenvolvimento da medicina moderna e científica. Esta fase inicia-se no final do século XVIII, época em que também os hospitais se tornaram instrumentos terapêuticos (FOUCAULT, 1979).

Os hospitais da Europa têm suas origens nas ordens religiosas caritativas e foram por elas gerenciados por muito tempo. Seu principal objetivo era cuidar do pobre e do desamparado, até que morresse, tendo a oportunidade de receber os sacramentos e consolo. Não se esperava a cura do doente, a não ser por milagre. O hospital significava um lugar de morrer, recebendo cuidados e sem incomodar a família ou a sociedade. Era também uma forma de exclusão e de proteção da sociedade, num mundo de grandes epidemias e doenças incuráveis (FOUCAULT, 1979).

Até meados do século XVIII, o hospital não era um contexto médico. O exercício da medicina acontecia nas residências das famílias ricas, onde a figura do médico ganhava cada vez mais poder. Paralelamente, a mulher ganha mais poder dentro da família, assumindo o papel de cuidadora e protetora das crianças. Neste papel, torna-se aliada do médico para o desenvolvimento das noções de cuidados às crianças. Instituem-se ordens quanto à alimentação, vestuário e proteção emocional da criança, ao mesmo tempo em que se discute e se fomenta a idéia de salubridade e higiene pública (ROSEN, 1998).

Os avanços do conhecimento científico, tanto na área médica quanto na área da tecnologia de guerra, mudaram o significado do hospital e seus objetivos. As guerras estimularam o avanço das técnicas cirúrgicas desde o século XVI, mas apesar da importância dos cirurgiões para as milícias de guerra, estes não eram considerados médicos.

Os médicos faziam parte de uma elite culta e abastada enquanto os cirurgiões vinham do povo. Geralmente começavam suas carreiras como barbeiros e depois alguns conseguiam praticar nos hospitais e adquiriam o título de cirurgiões. Foi assim com Ambroise Paré que praticou no Hotel-Dieu de Paris por quatro anos e depois foi indicado como cirurgião militar do exército francês. Ambroise Paré trouxe à medicina a grande contribuição da hemostasia dos vasos sanguíneos e marca o começo do desenvolvimento das técnicas cirúrgicas modernas (REZENDE, 2002).

Desde que as armas de fogo individuais, como os mosquetes e fuzis, passaram a integrar o arsenal dos exércitos no final do século XVII, a vida do soldado passou a ser muito preciosa porque significava investimento em treinamento de recursos humanos. Ensinar outro homem a manejar armas levaria mais tempo e dinheiro do que tentar salvar a vida daquele que já desenvolveu esta habilidade (FOUCAULT, 1979).

Até aquele momento os hospitais não eram instrumentos de cura. Raramente eram freqüentados por médicos, os cuidados prestados eram da responsabilidade das religiosas e de mulheres de má reputação, que lá eram segregadas como atitude punitiva ou de saneamento público, enquanto aguardavam exílio para as novas terras descobertas (MOREIRA, 1999).

As prostitutas eram acolhidas pelas ordens religiosas para aprender a cuidar dos enfermos como penitência imposta por seus pecados, constituindo-se em uma das origens da enfermagem. Esta realidade viria a mudar apenas na

metade do século XIX, quando a aristocrata inglesa, amiga da rainha Vitória, que viveu de 1820 a 1910, chamada Florence Nightingale, precursora da Enfermagem Moderna, reorganizou os hospitais de campanha na Guerra da Criméia, capacitou enfermeiras e conseguiu reduzir a mortalidade dos feridos (MOREIRA, 1999).

Chega-se então à conclusão que o hospital teria mais efeitos negativos que positivos sobre o doente. Era um lugar de riscos e desordens e precisava ser reorganizado para o objetivo de cura que lhe era solicitado. Isto se concretiza nas viagens-inquérito de Tenon e Howard entre 1775 e 1780, cujo objetivo era elaborar um novo programa de construção dos hospitais que atendesse as novas propostas para as ações hospitalares (FOUCAULT, 1979).

Nestes inquéritos, vários fatores foram observados como a disposição e proximidade dos leitos, trajetória de roupas sujas, panos utilizados para bandagens, e outros deslocamentos no interior do hospital. Consegue-se fazer várias correlações destas ações com as taxas de mortalidade e disseminação de doenças dentro do ambiente hospitalar.

Os hospitais passam a ter regulamentos para o funcionamento, instituindo-se a disciplina hospitalar, que está baseada nos novos saberes da medicina e na transformação da prática médica. Portanto, os médicos passam a ser incluídos na rotina do hospital como fundamentais ao seu funcionamento e gerenciamento.

Na disciplina funcional do hospital, exige-se anotações de tudo a respeito do doente, sua identificação, a data de sua internação, seu diagnóstico, o seu tratamento, como reagiu a este ou aquele medicamento ou intervenção. O paciente passou a ser observado de perto para que depois o médico pudesse analisar suas reações às medicações e intervenções, e avaliar aqueles procedimentos que obtiveram mais sucesso, conforme o relato de Foucault que conta que “o médico é obrigado a confrontar suas experiências e seus registros

pelo menos uma vez por mês, segundo o regulamento do Hotel Dieu de 1785 - para ver quais são os diferentes tratamentos aplicados, os que têm melhor êxito, que médicos têm mais sucesso, se doenças epidêmicas passam de uma sala para outra, etc.." (FOUCAULT, 1979 p.110).

Cria-se desse modo uma importante fonte documental que se presta ao estudo daqueles que queriam seguir a profissão médica. Isto investe o hospital de mais uma importante função, a de servir como campo de estudo privilegiado para a formação do médico. No hospital havia o lócus adequado ao aprendizado, pois nele estava uma grande concentração de doenças, além de que o doente estava recluso e disponível para a investigação.

Esta nova função também se presta à mudança da estrutura de poder no ambiente hospitalar. O hospital deixa de ser um local caritativo para tornar-se um ambiente científico. De um lugar de morrer, torna-se um lugar de se lutar pela vida, elevando a figura do médico, além de firmar definitivamente seu poder na estrutura hospitalar.

Essa inversão das relações hierárquicas no hospital, a tomada de poder pelo médico, se manifesta no ritual da visita, desfile quase religioso em que o médico, na frente, vai ao leito de cada doente, seguido de toda a hierarquia do hospital: assistentes, alunos, enfermeiras, etc..Essa codificação ritual da visita, que marca o advento do poder médico, é encontrada nos regulamentos de hospitais do século XVIII, em que se diz onde cada pessoa deve ser colocada, que o médico deve ser anunciado por uma sineta, que a enfermeira deve estar na porta com um caderno nas mãos e deve acompanhar o médico quando ele entrar (FOUCAULT, 1979, p.110).

As visitas do médico aos seus doentes tornaram-se cada vez mais freqüentes, repetindo-se várias vezes ao dia àqueles pacientes mais graves, até que se chegou a conclusão de que era necessário que um médico residisse no hospital para que pudesse prontamente atender, ao ser chamado a qualquer hora do dia ou da noite.

Ao mesmo tempo, a presença do médico se afirma, se multiplica no interior do hospital. O ritmo das visitas aumenta cada vez mais durante o século XVIII. Se em 1680 havia no Hôtel-Dieu de Paris uma visita por dia, no século XVIII aparecem vários regulamentos que sucessivamente precisam que deve haver uma outra visita, à noite para os doentes mais graves; que deve haver uma outra visita para todos os doentes; que cada visita deve durar duas horas e finalmente, em torno de 1770, que um médico deve **residir no hospital** e poder ser chamado ou se locomover a qualquer hora do dia ou da noite para observar o que se passa (FOUCAULT, 1979 p. 110 – grifo meu).

Assim surge a figura do médico que reside no hospital, sob a lógica da necessidade do serviço, vindo talvez desta época a expressão que usamos hoje para denominar os jovens médicos na fase da residência médica. Nota-se a semelhança com o sistema de plantões que temos atualmente em todos os hospitais, evidenciando-se um modelo de inserção permanente do médico no ambiente hospitalar, afirmando-se como um profissional imprescindível ao funcionamento deste. É provável que a lógica da residência médica também se origine desta necessidade de ter o médico morando dentro do hospital.

A especialização do médico em determinada área de atuação também acontece junto com a especialização dos hospitais. Coerentes com o modelo de segregação e exclusão social adotado pelos hospitais surgiram os dispensários, no mesmo modelo de atuação dos hospitais, com objetivos caritativos e filantrópicos, mas com clientela específica<sup>1</sup>. Localizados inicialmente em Londres, este modelo inicial de especialização foi copiado por toda a Europa e influenciou fortemente na tendência especializante da medicina do século XX (ROSEN, 1998).

No Brasil, a entrada dos hospitais iniciou-se através de duas grandes instituições: a Igreja Católica, através das Santas Casas, e o exército, representando o estado português. Mais tarde, após o fluxo migratório iniciado no século XIX em substituição da mão de obra escrava, os imigrantes também se

---

<sup>1</sup> Em Londres havia os dispensários para os idosos, órfãos, tuberculosos, leprosos, e os hospitais especializados para doentes mentais, para atender pacientes com varíola, para doenças venéreas, o Hospital das Febres, o Hospital Oftálmico Real, o Hospital Real do tórax, o Hospital Real do ouvido e o Hospital Real nacional de ortopedia.

organizaram na construção de hospitais. Assim surgiram os Hospitais beneficentes ligados à colônia portuguesa, alemã, japonesa entre outros (BRENNER, 2005).

O primeiro hospital da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia data de 1543 em Santos, fundado por Braz Cubas. As Santas – Casas assumem um papel de destaque pelo seu relevante trabalho desde o início da colonização e por terem sido o cenário da formação dos primeiros médicos do Brasil. Funcionavam dentro dos mesmos princípios dos hospitais caritativos da Europa e seu público alvo eram os excluídos, órfãos, mães solteiras, velhos, pobres e doentes.<sup>2</sup>

Os primeiros hospitais públicos de grande porte surgiram em decorrência das epidemias, como o Hospital do Isolamento em São Paulo, de 1880, que surgiu para internação dos pacientes acometidos de varíola<sup>3</sup>. Mais tarde, em 1852, surgiu o hospital para doentes mentais, D. Pedro II, no Rio de Janeiro.

As trajetórias da medicina e dos hospitais se encontram e correm integradas. Sem dúvida a ciência médica não seria o que é hoje, sem o hospital como cenário de aprendizado, local de concentração, organização e registro disciplinado da doença. No entanto, estamos numa outra fase do conhecimento científico, na qual o desafio não é apenas vencer a doença, mas produzir saúde, para isso a formação médica não pode mais ser exclusivamente hospitalar. Deve ser abrangente, privilegiando outros contextos de atuação e áreas do conhecimento que levem à compreensão dos fenômenos sociais determinantes binômio saúde e doença.

---

<sup>2</sup> Até a metade do século XIX, as Santas Casas recebiam os bebês enjeitados na roda dos inválidos.

<sup>3</sup> Atualmente Hospital Emílio Ribas, reconhecido como referência em moléstias infecto-contagiosas.

## **2.4 A Residência Médica no Brasil e a Atenção Primária à Saúde.**

A residência médica inicia-se no Brasil na década de 40. Os primeiros programas de residência iniciam-se no Hospital das Clínicas de São Paulo, ligado à Faculdade de Medicina da USP, nas áreas de Clínica Cirúrgica, Clínica Médica e no serviço de Físico-Biológica aplicada. O Hospital dos Servidores do Rio de Janeiro, em 1948, inicia também um programa de residência (FEUERWERKER, 1998).

Até a década de sessenta os programas de Residência Médica cresceram muito no Brasil e passaram a ser considerados como a forma mais adequada de complementação da formação do médico. Dois motivos se destacam como impulsionadores deste crescimento: o desenvolvimento da tecnologia aplicada à saúde e o aumento do número de escolas médicas no país. Os programas funcionavam principalmente em hospitais públicos ligados às Universidades públicas e em hospitais tradicionais (FEUERWERKER, 1998).

A tendência especializante já se fazia presente na formação do médico, estimulada pelo modelo norte-americano de formação e pressionada pelo incremento de novas tecnologias na saúde. A pressão tecnológica, principalmente no campo de imagens e exames, induziu a criação de novas especialidades no mercado médico, o que levou à introdução de novas disciplinas na grade curricular, algumas com objetivo claro de induzir à escolha profissional, como foram os casos da endoscopia e da ultrasonografia .

A dissociação das disciplinas da área clínica, estudadas de modo separado e desvinculado entre si, como é o caso da pneumologia e da cardiologia, levavam a apreensão segmentada do conhecimento, dificultando a junção lógica do aprendizado.

Estas incoerências curriculares geravam sensação de insegurança ao profissional, que terminava seu curso tendo uma visão geral das especialidades, mas sentindo que o conhecimento não fora suficiente. A Residência Médica passou a ser vista como a forma de complementar este conhecimento através de treinamento específico dentro da área de interesse e desta forma facilitar a inserção no mercado de trabalho (FEUERWERKER, 1998).

Apesar do número de vagas para Residência ter aumentado na década de sessenta, ainda não era suficiente para atender a maioria dos recém formados. Em razão disso, muitos hospitais abriram vagas para especializandos, em moldes semelhantes aos das residências médicas, com baixa remuneração de trabalho. Como não havia regulamentação oficial, nem fiscalização quanto ao desempenho dos programas, houve exploração do trabalho médico na forma de especialização ou de residência com baixa qualificação (FEUERWERKER, 1998).

Com o intuito de debelar estes problemas, foi criada a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), através do decreto n. 80.281 de 5 de setembro de 1977. Este órgão seria ligado ao MEC e ficaria encarregado de credenciar e fiscalizar os programas de residência, certificando-o como especialista ao final do curso. Naquele momento foram criadas cinco especializações no formato oficial de residência médica, denominadas como preferenciais : clínica médica, pediatria, ginecologia-obstetrícia , cirurgia geral e medicina preventiva e social.

A CNRM representou um grande avanço para a melhoria dos programas de residência, mas a sua atuação não seria ainda dentro do esperado porque a atuação do médico residente ainda não tinha sido regulamentada. Os movimentos reivindicatórios dos residentes, organizados em associações, conseguiram a regulamentação da residência, em 1981, através da Lei 6.932, que passou a defini-la como “modalidade de ensino de pós graduação, destinada a médicos, em nível de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, em regime de

dedicação exclusiva, em instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional” (BRASIL, 1981 p.1).

Mais tarde foram criadas as Comissões Estaduais de Residência Médica (COREMEs), que permitiram um trabalho mais próximo dos Hospitais onde se efetuavam os programas.

Apesar do significado da CNRM para a regulamentação dos programas de residência e proteção do médico residente, há críticas quanto a intervenção das sociedades de especialidades sobre sua atuação, no que diz respeito ao direcionamento e credenciamento de alguns programas. Há sociedades que não aceitam as determinações da CNRM, insistindo em não reconhecer especialistas em seus quadros, que não tenham sido aprovados nos concursos de título promovidos por elas. Também há desacordo entre as sociedades e a CNRM em alguns casos, quanto ao tempo mínimo de duração de alguns programas, causando dificuldades para o registro do especialista ao final do programa de residência.

Está claro que estas interferências relacionam-se à intenção de proteção do mercado privado, não sendo consideradas as necessidades do SUS. Por isso atualmente se questiona a ligação da CNRM ao MEC, sobretudo pela responsabilização do SUS em ordenar recursos humanos para a saúde.

Em recente determinação do Ministério da Saúde, através da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), foi criado um programa de repasses de verbas, sob a forma de convênio, entre prefeituras e instituições de ensino, com o objetivo de apoiar e ampliar os programas de residência médica em Medicina de Família e Comunidade em todo o Brasil (BRASIL, 2005).

Para a concretização do projeto haveria necessidade que a CNRM deliberasse sobre a criação de novas vagas para 2006, sob forma de novos cursos ou ampliação de vagas nos cursos já credenciados. A deliberação não aconteceu no prazo solicitado pela SGTES, mesmo diante do pedido de urgência do Ministério da Saúde, justificado pela carência de profissionais médicos com habilitação adequada em Atenção Primária, cuja falta poderia comprometer a estratégia do PSF. Diante disto se conclui que há necessidade de uma parceria intensa no trabalho entre os dois Ministérios na questão de formação de recursos humanos para a saúde, considerando os interesses do SUS como prioridade.

Nesta análise da residência médica, é intenção destacar a residência em medicina de família e comunidade. É importante que sejam lembrados os objetivos desta residência, sua inserção e importância no cenário de consolidação do SUS e do novo modelo de atenção à saúde que está sendo construído no Brasil.

A idéia de que preservar a saúde é mais importante do que tratar posteriormente as doenças não é uma conclusão recente. Autores como Winslow, Singerist e Leavell & Clark, fizeram suas publicações em 1920, 1946 e 1965 respectivamente, abordando a importância da promoção de saúde e sua relação com políticas públicas e envolvimento comunitário.

A ciência é a arte de evitar doenças, prolongar a vida e desenvolver a saúde física, mental e a eficiência, através de esforços organizados da comunidade para o saneamento do meio ambiente, o controle das infecções na comunidade, a organização de serviços médicos e paramédicos para o diagnóstico precoce e o tratamento preventivo de doenças, e o aperfeiçoamento da máquina social que irá assegurar a cada indivíduo, dentro da comunidade, um padrão de vida adequado à manutenção da saúde (WISLOW, 1920, citado por BUSS, 2004 p.17).

Apesar deste conceito ainda estar baseado na doença, com o enfoque preventivista, ele demonstra avanços quando se refere à multicausalidade das doenças, relacionando-as às questões sociais, ambientais e à comunidade.

A aplicação destas idéias carecia de metodologia e comprovação para que investimentos fossem direcionados, já que grandes somas financeiras estavam sendo investidas na assistência médica, tecnologia de diagnóstico e tecnologia terapêutica farmacológica. Mesmo assim, grande parte da população pobre do mundo vivia e vive ainda sem investimentos em saúde e sem condições de tratar doenças, e as populações ricas, apesar do elevado investimento nos sistemas de saúde operantes até então, estavam insatisfeitas porque estes eram considerados ineficientes.

Estas avaliações levaram a reflexões sobre conceitos de saúde-doença com enfoque ampliado, que articulassem as condições de vida, estrutura governamental e planejamento em saúde (BUSS, 2004).

Lalonde, em 1974, avalia o sistema de saúde canadense, no seu trabalho “A new perspective on the health of Canadians” e usa o termo promoção da saúde, colocando-o na perspectiva de estratégia, apresentando uma nova maneira de definir prioridades e uma referência para o planejamento estratégico em saúde (BUSS, 2004).

O enfoque conceitual dado por Lalonde à promoção da saúde naquele momento foi inovador sob muitos aspectos. Mesmo considerando-se a motivação política deste documento, já que o ponto de partida deste trabalho foi avaliar a efetividade do sistema de saúde, comparada aos seus custos, principalmente da assistência médica, o resultado apontado por Lalonde mostra outros componentes determinantes do processo saúde e doença, como o meio ambiente e o estilo de vida (BUSS, 2004).

As contribuições do relatório Lalonde abriam um leque de discussões e de propostas para melhorar a saúde dos povos. Estas propostas foram discutidas em Alma-Ata, 1978, URSS, na I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde.

A Conferência de Alma-Ata é um marco internacional porque influenciou no redirecionamento dos sistemas de saúde de vários países, entre eles o Brasil. O documento resultante deste evento, a Declaração de Alma-Ata, afirma que:

- a saúde é um direito humano fundamental;
- o desenvolvimento econômico e social é de importância fundamental para a mais plena realização da meta de Saúde para todos no ano 2000;
- a promoção e proteção da saúde dos povos é essencial para o contínuo desenvolvimento econômico e social e contribui para a melhora da qualidade de vida e para a paz mundial;
- é direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e execução dos cuidados em saúde;
- os governos têm pela saúde de seus povos uma responsabilidade que só pode ser realizada mediante adequadas medidas sanitárias e sociais;
- os cuidados primários de saúde constituem a chave para que essa meta seja atingida, como parte do desenvolvimento, no espírito da justiça social;
- todos os governos devem formular políticas, estratégias e planos nacionais de ação para lançar e sustentar os cuidados primários em saúde em coordenação com outros setores (ALMA-ATA ,1978).

Nesse documento também foi apresentada a definição de cuidados primários em saúde.

Os cuidados primários de saúde são **cuidados essenciais** de saúde baseados em métodos e tecnologia práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase do seu desenvolvimento (ALMA-ATA, 1978 – grifo meu)

A conceituação de cuidados essenciais, parte da definição de necessidades básicas em saúde. Na interpretação da Declaração de Alma-Ata

estas necessidades incluem compromisso com a educação em saúde, programas de distribuição de alimentos, distribuição de água de boa qualidade, saneamento básico, cuidados de saúde materno-infantil, planejamento familiar, programa de imunização, prevenção e controle de doenças endêmicas, tratamento de doenças prevalentes e programa de fornecimento de medicamentos.

O termo promoção de saúde passou a ser discutido em várias perspectivas. O relatório Lalonde enfatizava a promoção de saúde no contexto individual, colocando o indivíduo como co-responsável pela sua saúde. No entanto, esta responsabilidade não pode ser atribuída a todas as populações. O questionamento principal é até que ponto o indivíduo pode ser responsabilizado pela própria saúde se as condições de vida são extremamente desfavoráveis? Como pode a sociedade cobrar dos governos a realização da sua parte na concretização de ações de promoção de saúde?

A I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em Ottawa no Canadá, no ano de 1986, vem em resposta a estes questionamentos. Esta conferência pode ser considerada como um desdobramento de Alma-Ata e esclareceu pontos fundamentais sobre promoção de saúde, ampliando o seu conceito. Ela propõe cinco campos de ação :

- elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis;
- criação de ambientes favoráveis à saúde;
- reforço da ação comunitária;
- desenvolvimento de habilidades pessoais;
- reorientação do sistema de saúde.

Nota-se que os dois campos que mais apresentaram impacto no processo de trabalho da Atenção Primária no Brasil foram a reorientação do sistema de saúde e o reforço da ação comunitária que foi expressado através do controle social.

A carta de Ottawa, documento resultante dos debates da Conferência, define promoção de saúde como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”(BRASIL, 2002 p. 19).

Reflexões sobre saúde, relacionando-a a qualidade de vida e desenvolvimento social e humano, foram discutidas nesta conferência, servindo como fatores de ampliação do conceito saúde/doença, como também se constituindo numa forma de partilhar responsabilidades entre os governos e a população.

Fica entendido que “a saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida” (BRASIL, 2002 p. 20), e também que “a saúde deve ser vista como um recurso para a vida e não como objetivo de viver. Neste sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais , bem como as capacidades físicas” (BRASIL, 2002 p.19).

Estes conceitos atribuem responsabilidade ao estado sobre a saúde do indivíduo, colocando a saúde não apenas como um patrimônio individual, mas também como um patrimônio coletivo, um recurso para o desenvolvimento. Mesmo assim, reconhece o indivíduo como co-responsável pelo processo porque deve ser capacitado a buscá-lo e a acompanhá-lo, nas várias esferas em que ele acontece, desde a escolha dos representantes políticos até à produção do trabalho em saúde na sua própria comunidade.

Para que a população possa alcançar este nível de participação, ela precisa ter acesso às oportunidades de aprendizagem contínua na área da saúde, acesso às informações de forma clara, adequada à sua compreensão, com dados baseados em indicadores de impacto, que tornam visíveis os esforços realizados; aquisição de confiança para falar e certeza que será ouvida em suas

reivindicações; organização de um sistema de capacitação de lideranças comunitárias e acompanhamento dos seus esforços; aumentar a resolução de problemas na própria comunidade (ARNS, 1996).

A este processo de fortalecimento da comunidade chamamos de 'empoderamento'. Na prática significa a aquisição de poder técnico e consciência política para opinar, decidir e atuar a favor da própria saúde (BUSS, 2004). No Brasil, o empoderamento da comunidade se expressa através do princípio do controle social do SUS, através dos Conselhos de Saúde e das Conferências. O objetivo é fazer a comunidade tomar ciência dos seus direitos e deveres com relação à saúde e atuar propositivamente nas ações de saúde.

A reorientação dos serviços de saúde na direção das ações da promoção da saúde, reforçou as resoluções de Alma-Ata, porém há a compreensão de que elas necessitam ser acompanhadas também por mudanças na formação dos profissionais de saúde (BUSS, 2004).

Este processo de mudança na formação dos profissionais de saúde vem acontecendo no Brasil, mas ainda de forma lenta e descompassada das reformas institucionais do sistema de saúde. Percebe-se que apenas muito recentemente, as faculdades de medicina vêm criando seus departamentos de saúde coletiva e implementando programas que despertem a atenção do aluno para a atenção primária e o envolvimento comunitário. A minha convivência com estudantes de medicina mostra que a figura de médico, que ainda permeia os sonhos do estudante de medicina, é aquela tradicionalmente concebida dentro do paradigma do hospital, da especialidade, da tecnologia cara e centrada na doença.

Os paradigmas de poder e autonomia ligados à atuação do médico criam dificuldades no processo de trabalho fora do ambiente hospitalar, como a dificuldade de trabalhar em equipes multiprofissionais, a dificuldade de ter seus

procedimentos questionados por outros profissionais não médicos, a dificuldade de pedir ajuda e distanciamento das práticas de promoção e proteção da saúde.

As propostas do enfoque família e comunidade estão alicerçadas na interdisciplinaridade, no trabalho em equipe e na promoção de saúde. O ideal é que a residência fosse um momento privilegiado para que estas propostas fossem trabalhadas. Talvez a maneira mais apropriada para esta formação seria a residência multidisciplinar em Saúde da Família e Comunidade, com acréscimo de mais um ano para os profissionais médicos, que continuariam tendo a aprendizagem em serviço necessária à sua habilitação prática e também teriam a vivência tão esperada da interdisciplinaridade aplicada.

Todavia, o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Associação Médica Brasileira (AMB) rejeitaram a proposta da residência multidisciplinar, alegando que a habilitação do médico diferenciava-se de forma acentuada da habilitação de outros profissionais da saúde e que por isso não poderia ser feita em conjunto. Além disto, em razão de haver regulamentação específica quanto à residência médica, como forma de especialização própria para o médico, não seria aceitável um modelo misto que incluísse o médico.

Apesar de não estar explícito, subentende-se nesta decisão o momento de insegurança pelo qual passa a categoria médica com relação a sua tradicional posição de poder entre as profissões da saúde (SINDICATO MÉDICO DO RIO GRANDE DO SUL, 2005).

A imagem de vários profissionais da saúde formando-se juntos, com propostas ideológicas de trabalho iguais, apesar de mantidas as características e diferenças de suas funções, representa um significativo aumento do poder das ações de saúde na comunidade e crescimento de saberes, que serão partilhados entre todos e aplicados nas diversas situações do cenário de trabalho.

O poder do médico, emblematizado na inserção do hospital como instrumento terapêutico, não pode ser aplicado à saúde comunitária, como também a lógica da atenção é completamente diferente na esfera hospitalar e na esfera das Unidades Básicas de Saúde.

A classificação das ações de saúde, em níveis de atenção, aconteceu numa tentativa de organizar o sistema por prioridades de necessidades, demandas e destinação coerente de recursos financeiros. Esta tendência mundial de racionalização dos recursos para a saúde atende as lógicas do custo efetividade e satisfação do usuário, com ênfase na promoção de saúde e na prevenção de doenças. Para os países pobres, esta racionalidade é essencial para a diminuição das iniquidades e implementação de efetivos programas de saúde que possam, a curto e em longo prazo, modificar a vida dos cidadãos (BUSS, 2004).

A Atenção Primária à Saúde corresponde a 80% das demanda em saúde da população e sua correta efetivação não depende de recursos tecnológicos dispendiosos, mas de tecnologia leve e acessível, o que não as torna de fácil manejo, considerando que dependem de profissionais bem qualificados para desenvolvê-las. Refiro-me a tecnologia do acolhimento, manejo correto e produtivo de ações educativas em saúde, fortalecimento de vínculos, sistematização de ações contínuas para doenças crônicas, e planejamento em saúde (CURITIBA, 2002).

O investimento em recursos humanos envolve formação profissional, estabilidade através de legislação de apoio e proteção ao trabalhador da saúde e na captação de novos profissionais para a continuação e ampliação das ações.

As residências em medicina de família e comunidade devem cumprir uma parte importante desta responsabilidade de formação, cabendo ao Ministério da Saúde apoiá-las para que os novos médicos sintam-se seguros, satisfeitos com

a sua opção e sejam mais eficientes no desenvolver de suas atividades, percebendo-se como parte importante de um grande projeto que trará mudanças à saúde da população e melhora na sua qualidade de vida e desenvolvimento humano.

### **3 PERCURSO METODOLÓGICO.**

Neste capítulo apresento o caminho da metodologia utilizada na pesquisa, iniciando com os entendimentos sobre pesquisa qualitativa, a técnica de entrevista como instrumento de coleta de dados. Descrevo a forma como foram selecionados os sujeitos e as várias interações entre estes e a pesquisadora no decorrer do trabalho.

#### **3.1 Pesquisa Qualitativa.**

Devido à natureza deste estudo entende-se, como mais adequado ao seu desenvolvimento, a utilização da pesquisa qualitativa. Inicialmente utilizada nas pesquisas sociais, atualmente a pesquisa qualitativa está sendo muito utilizada nas pesquisas em saúde coletiva, pela aproximação que esta área do conhecimento tem tido com as ciências sociais, como a sociologia, psicologia e antropologia (MINAYO, 2002).

As pesquisas desenvolvidas na área médica, tradicionalmente abordam fenômenos biológicos, fisiológicos e patológicos, considerados prioritários dentro do olhar positivista do conceito de doença. As novas concepções de saúde e doença, conectadas à nova forma de pensar e planejar as ações de saúde,

individuais e coletivas, trouxeram a necessidade de novos conhecimentos que não poderiam ser pesquisados de maneira direta, quantificada, medida, porque se relacionam aos fatores subjetivos, como a percepção da pessoa a respeito da sua própria saúde, suas crenças sobre a causa de suas doenças, seus medos e angústias, seu modo de viver (MINAYO, 2002).

Quanto aos profissionais da saúde, os jovens médicos sujeitos desta pesquisa, produtos desta fase de transição e de tantas transformações, qual seria seu olhar sobre tudo isso? Como se sentem diante da elaboração de um novo modelo de atenção que ainda cresce sufocado por um antigo? E a pesquisadora? Sendo ela médica e conhecendo todas estas vivências, saberá dissociar a sua própria daquelas que estará pesquisando?

A pesquisa qualitativa leva em consideração todas essas interações humanas, trabalhando com os significados e suas diferentes interpretações. Tem por objetivo traduzir e expressar o sentido dos fenômenos no mundo social, tendo como grande desafio traduzir corretamente a ambigüidade dos simbolismos, dos sentimentos, das percepções humanas. Por isso não busca enumerar fenômenos, nem medir, nem catalogar como dado estatístico, mas dedica-se a compreensão e explicação das relações sociais, que se traduzem nas crenças, valores e atitudes (MINAYO, 2002).

Na pesquisa qualitativa, o pesquisador não se sente obrigado a assumir uma posição neutra, mas assume a dimensão ideológica da escolha de seu tema e de seu objeto de pesquisa porque o conhecimento científico é sempre histórico e socialmente condicionado. O pesquisador é consciente de sua posição social e do momento histórico e concreto que vivencia, porém não pode deixar de respeitar a dimensão científica do seu projeto de pesquisa, utilizando-se da metodologia científica, para que possa através dela, transformar a realidade social em objeto do conhecimento (MINAYO, 2002).

Como características reconhecidas das pesquisas qualitativas, relata-se o ambiente cultural como fonte direta de dados e o pesquisador como instrumento fundamental. Dá-se ênfase ao caráter descritivo, ao enfoque indutivo, ao significado que as pessoas dão às coisas e à sua vida, como a preocupação do investigador (NEVES, 1996).

### **3.2 Sujeitos da Pesquisa.**

Os sujeitos deste trabalho são os egressos do Programa de Residência Médica em Medicina de Família em Comunidade da PUC-PR, ligada ao Hospital Universitário Cajuru.

Escolhi trabalhar com uma amostra representativa das seis turmas que concluíram o programa entre os anos 2000 a 2005. A amostra desejada deveria incluir pelo menos um ex-residente de cada turma, de modo a proporcionar padrão de evolução e de comparação entre as turmas no decorrer do amadurecimento do programa com o passar dos anos. Isto não foi possível por causa da mudança dos profissionais para cidades de outras regiões do país. Em razão deste fato, duas turmas, a 1ª e a 3ª ficaram sem representantes na amostra.

É importante ressaltar que mesmo com a ausência dos representantes destas turmas, não houve prejuízo na coleta de dados, porque pelo menos durante um ano, duas turmas partilham a residência de cada vez, assim as vivências da 2ª turma e da 4ª turma, são de certa forma, comuns aos da 1ª e 3ª turmas, preenchendo parcialmente as lacunas deixadas.

Os outros critérios de inclusão na pesquisa, além da possibilidade de acesso ao entrevistado, foram a disponibilidade e voluntariedade do participante. Procurei saber antecipadamente quais ex-residentes moravam em Curitiba e na região metropolitana e iniciei os contatos por eles. Depois procurei os que

moravam no estado de Santa Catarina, na região de Florianópolis, pela proximidade do acesso. Aqueles que manifestaram voluntariedade e disponibilidade foram aceitos até à saturação dos dados.

A turma 2004/2006, a sétima turma que estava em curso, foi eliminada da seleção de sujeitos porque ainda não havia concluído o programa na ocasião da elaboração do projeto. Outro fator levado em conta para esta decisão foi o receio que o cargo de coordenadora do programa, atualmente ocupado por mim, pudesse influenciar sobre as respostas dos residentes em curso.

A secretaria acadêmica disponibilizou conforme meu pedido, a listagem dos egressos e seus contatos telefônicos, constando o período de início e término do curso de cada um, e ainda um relato daqueles que moravam em outras cidades, o que facilitou muito o processo de seleção dos participantes da pesquisa.

Os dados obedeceram os critérios de saturação das respostas. Após o ponto de saturação, foram feitas mais quatro entrevistas. Ao todo foram doze entrevistados, sendo que dez participantes da amostra conseguiram se expressar respondendo a todas as perguntas e dois entrevistados foram interrompidos por situação de urgência e deixaram suas entrevistas sem a total conclusão, mas mesmo assim, responderam em torno da metade das questões propostas.

### **3.3 Coleta de Dados**

A coleta de dados para esta pesquisa iniciou-se com a análise do Projeto Político Pedagógico que era norteador do programa da Residência em MFC no período selecionado para a pesquisa, entre os anos de 1998 a 2005. Este

documento foi disponibilizado pela secretaria acadêmica do Hospital Universitário Cajuru (HUC).

Para a abordagem dos sujeitos, escolhi a entrevista como técnica de coleta de dados por sentir ser a mais apropriada à temática da pesquisa. A entrevista é a técnica de coleta de dados mais utilizada em ciências sociais porque é antes de tudo uma forma de interação social. A diferença entre uma entrevista e uma conversa informal é o objetivo de coletar dados (GIL, 1999).

Na coleta de dados através da entrevista, o entrevistador e o entrevistado estão frente a frente, trocando informações através da linguagem verbal e não verbal. Mesmo estando no papel daquele que busca a informação, ou seja, o entrevistador, não há como fugir do aspecto recíproco da entrevista. É uma técnica bastante adequada à obtenção de informações sobre o que as pessoas sabem, sentem, esperam, desejam, pretendem fazer, como também a respeito de suas explicações ou razões para determinados acontecimentos (GIL, 1999).

Além de fácil aplicabilidade e baixo custo, a entrevista fornece dados referentes aos mais diversos aspectos da vida social, sendo possível fazer um aprofundamento das informações coletadas.

Para que o emprego da técnica fosse bem sucedido, observei algumas recomendações dos autores que estudam o tema (GIL, 1999 p.119):

- criar um clima de simpatia, sinceridade e respeito pelo entrevistado.
- Segurança do sigilo a que tem direito, obtendo previamente sua autorização para o registro das informações, seja por registro gravado ou anotado.
- Cuidar para que as opiniões pessoais do entrevistador não venham a interferir e direcionar as respostas do entrevistado, o que colocaria em risco a validade das informações coletadas.

- A sutileza e habilidade do ao formular as perguntas, como fatores essenciais para preservar a espontaneidade e veracidade do processo .

Para este estudo, elaborei um roteiro de entrevista semi-estruturado (apêndice 1) por pautas. As pautas preservam o tema principal da entrevista, com perguntas ordenadas e relacionadas entre si, sem deixá-la fechada, permitindo ao entrevistado responder livremente, ao mesmo tempo em que assegura ao entrevistador a possibilidade de reformular e aprofundar alguns pontos que julgar necessários.

### **3.4 Dimensão ética**

Este estudo executa-se segundo as normas éticas editadas pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), segundo a Resolução 196 de 1996, sobre pesquisa incluindo seres humanos.

Os procedimentos institucionais iniciaram-se com o registro da pesquisadora no Sistema Nacional de Ética em Pesquisa (SISNEP) (anexo 1), e registro da pesquisa efetuado em 17 de outubro de 2005. A PUC-PR, através da sua entidade mantenedora, a Associação Paranaense de Cultura / Aliança Saúde, autorizou a pesquisa através da sua diretoria de Ensino e Pesquisa (anexo 2). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da UNIVALI (anexo 3) e a qualificação foi realizada no dia 30 de novembro de 2005.

Todos os sujeitos da pesquisa foram informados sobre as características e objetivos do estudo, sobre o direito ao sigilo das informações prestadas, garantia de anonimato, forma de utilização dos dados pesquisados e liberdade de responder segundo suas próprias convicções ou não responder, se isto fosse seu desejo, sem qualquer constrangimento ou penalidade. Todos os participantes

assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (apêndice 2) sobre a sua participação no projeto.

### **3.5 Método de análise.**

Para esta análise foi utilizada a técnica da análise de conteúdo para interpretação dos dados. A análise do conteúdo é bastante adequada à análise de dados qualitativos por causa da sua abrangência. Atualmente vale-se de uma análise mais profunda, que não se detém apenas na repetição de palavras, mas remete aos significados de quem produz o discurso e a quem ele se destina. Por isso o pesquisador deve estar atento às condições de produção e de recepção das mensagens, bem como os indicadores que possam evidenciar a finalidade desta mensagem, porque afinal tudo é discurso, o que se fala, o que não se fala, como se fala, e o momento histórico desta fala, até mesmo o silêncio representa um discurso (MINAYO, 2002).

A análise de conteúdo é sistematizada através de um mapa de categorias, onde apreende-se o conteúdo das falas e de outros componentes do discurso, a relação entre os significados e a sua contextualização histórica. O mapeamento oportuniza também detectar tendências predominantes, aspectos singulares e ainda pontos não focalizados pelos sujeitos, que se demonstram nas falas.

Os discursos da saúde coletiva, da atenção comunitária, da atenção primária e da construção do SUS, tiveram uma história bem definida dentro da saúde. É importante compreender os significados e interações que vêm sendo construídas pelos jovens médicos que, em dado momento de suas vidas, resolveram optar pela medicina de família e comunidade como investimento de especialidade. Espero então entender as motivações, as forças impulsionadoras e

os sonhos daqueles que estão engajados na construção de uma saúde melhor para o povo brasileiro.

#### **4 Resultados : análise e discussão**

Neste capítulo estão apresentados os resultados da pesquisa em forma de análise dos depoimentos dos egressos de medicina de família e comunidade da PUC/PR, participantes desta pesquisa.

As entrevistas foram previamente agendadas por contato telefônico inicial, no local e horário mais conveniente para ambos, dando prioridade à agenda do entrevistado. A duração das entrevistas foi em torno de 45 minutos, sendo a mais longa em torno de 70 minutos e mais curta em torno de 20 minutos. Todas transcorreram de forma muito agradável. Notei boa vontade e interesse de todos os entrevistados em cooperar com o projeto, entendendo a importância de seus objetivos.

Os dados deram origem a categorias que serão descritas, analisadas e discutidas. Algumas destas informações serão apresentadas em quadros para melhor compreensão dos dados.

**Quadro 1: Demonstrativo das entrevistas por turma da residência de MFC**

<b>Turma / ano</b>	<b>Número de Egressos</b>	<b>Número de entrevistas</b>
1ª T – 1998/2000	02	-
2ª T – 1999/2001	06	03
3ª T – 2000/2002	04	-
4ª T – 2001/2003	08	02
5ª T – 2002/2004	09	05
6ª T – 2003/2005	11	02
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>12</b>

Esta pesquisa compreendeu um primeiro momento de análise de documentos da residência, sem qualquer restrição de acesso, que era o Projeto Político Pedagógico. Tive acesso ao documento original e depois em forma de publicação, “o livrinho verde”, como era chamado pelos ex-residentes. As informações do cadastro dos ex-residentes também foram acessadas para esta análise inicial como ponto de partida dos dados.

O primeiro objetivo específico deste trabalho compreendia uma caracterização dos residentes quanto a gênero, faixa etária de início da residência e tempo de formado. Representa uma análise descritiva de dados, compreendendo o cadastro dos 40 ex-residentes. Estas informações estavam disponíveis na secretaria acadêmica. A sistematização dos dados mostrou os seguintes resultados:

**Quadro 2 : Caracterização inicial da Residência MFC – 1998 a 2005**

<b>Categoria</b>	<b>Resultado</b>
Gênero	57,5% Masculino - 42,5% Feminino
Idade do início da Residência	Entre 25 a 30 anos
Tempo de formado ao começar o programa de Residência	Até 5 anos após a graduação

Em seguida iniciamos os contatos para a realização das entrevistas. Os depoimentos foram gravados com a autorização prévia e depois transcritos. Foi elaborado um quadro demonstrativo com as frases mais significativas dos depoimentos, para melhor análise das respostas. Outros recortes das falas foram feitos e serão utilizados no decorrer da discussão ilustrando e comprovando as análises.

As análises geraram três categorias : A primeira categoria, “abrindo caminhos para a APS”, onde faço um apanhado histórico da implantação do PSF em Curitiba e do início do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC-PUCPR), suas dificuldades de implantação e estruturação, na visão dos residentes que começaram o programa em 1999, já que não foi possível incluir na amostra um dos dois residentes que iniciaram o programa em 1998. Ainda nesta categoria, faço uma análise do PPP, mas levando em consideração o que os entrevistados achavam dele, sua aplicação e coerência com a proposta do PSF e da Medicina de Família e Comunidade. Ainda neste capítulo analiso suas respostas ao motivo que os levou a escolha da medicina de família, fazendo uma alusão sobre qual seria o perfil do médico de família e como saber se a escolha fora adequada.

Na segunda categoria, “olhando para trás”, inicio analisando seus relatos sobre o que foi o PRMFC-PUCPR, o que cada um deles viveu e sentiu, quais foram as maiores dificuldades a serem superadas, o que foi mais importante e válido durante este período, e como foi transformar o paradigma da formação hospitalar no paradigma da atenção comunitária.

Por último, a categoria “olhando para frente”, pretendo saber o que poderia ser melhorado neste programa, para que o médico de família seja bem formado e bem integrado às propostas do SUS, contribuindo para a sua consolidação. Também estimulo uma auto análise do seu papel como médico de família no contexto do SUS e como a residência contribuiu para esta inclusão.

## **4.1 Abrindo caminhos para a Atenção Primária à Saúde em Curitiba.**

### **4.1.1 O difícil começo: incompreensão e preconceito.**

A idéia de implantar-se uma residência médica em Medicina Geral e Comunitária em Curitiba, em 1998, era bastante coerente com o processo de reorganização da saúde que estava em andamento na cidade naquele momento. A criação do SUS na Constituição de 1988 e a sua regulamentação através das leis 8.080 e 8.142 de 1990, estimularam as mudanças que se iniciariam na cidade em 1991.

Como marcos destas mudanças, destaca-se a implantação da primeira Unidade de Saúde da Família, como um projeto piloto em Vila Pompéia, no Bairro do Tatuquara, e a realização da Primeira Conferência Municipal de Saúde, ambos no mesmo ano de 1991 (CURITIBA, 2002). Esta experiência mudaria a lógica da atenção oferecida até então no município em todos os sentidos, desde a prática ambulatorial até o formato de gestão.

Duas ações foram muito importantes neste momento e eram propostas inovadoras com relação a gestão : a consulta à comunidade e a elaboração de protocolos. A comunidade de Vila Pompéia foi previamente consultada sobre a implantação da proposta, e respondeu positivamente. Quanto à elaboração de protocolos, foi feito um delineamento de condutas por iniciativa da médica Ana Maria Sant'Ana. Mais tarde seriam elaborados protocolos para cada programa desenvolvido pelas equipes PSF em Curitiba (CURITIBA, 2002).

A população aceitou bem a nova experiência, mas os problemas surgiram por parte de profissionais que se sentiam desvalorizados diante deste novo modelo, cuja operacionalidade necessitava apenas da metade do número de

profissionais que normalmente era contratado para atender a população, numa Unidade de Saúde no modelo convencional (CURITIBA, 2002).

Seguia-se a isso a desconfiança ideológica que tem servido de argumento aqueles que são contrários à medicina comunitária, acusando-a de ser de esquerda, ou de direita conforme lhes pareça mais adequado, como demonstra o relato do Dr. Dante Romanó, considerado o idealizador da saúde comunitária em Curitiba.

Seguiu-se um período de problemas, alguns causados por administradores da rede de serviços que não aceitavam as mudanças, outros entendendo que o projeto desprestigiava o trabalho que estava sendo desenvolvido adequadamente nas demais Unidades e alguns, presos a argumentos de que o projeto estava subordinado a interesses de grandes estruturas financeiras internacionais, para induzir países como o nosso a colocar a saúde como responsabilidade do indivíduo e sua família com vistas a reduzir os gastos sociais (CURITIBA, 2002, p.5).

Um das vulnerabilidades analisadas no início da aplicação do projeto saúde da família em Curitiba foi a falta de estratégia clara para a capacitação profissional e a dificuldade de manter recursos humanos alocados (CURITIBA, 2002). Para este início a prefeitura contou com a ajuda de médicos dos Hospitais Murialdo e Conceição, de Porto Alegre, pioneiros na formação de especialistas em medicina geral e comunitária no Brasil.

Com a expansão do PSF que aconteceu em 1995, já como programa oficial do Ministério da Saúde, a falta de recursos humanos, principalmente de médicos com a formação desejada, se mostraria como um dos problemas a ser enfrentados pela Estratégia Saúde da Família em Curitiba.

A implantação da Residência Médica em Medicina Geral e Comunitária no Hospital Universitário Cajuru (HUC-PUC/PR), em 1998, seria parte da solução do problema que já se mostrava naquele momento. Interpretando desta maneira, a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba torna-se parceira no projeto da residência, tornando-se o cenário da prática ambulatorial da residência em MFC, inicialmente de forma rotativa em algumas unidades, e depois de maneira fixa na

Unidade do Lotiguaçu, inaugurada em 1999, conforme ilustram os depoimentos a seguir.

*A gente fala que sempre tem um período de cobaia, né? Nós fomos um pouco cobaia..(ExR5 - 2ªT)*

*Eu entrei em 1999, na segunda turma, quando inaugurou a Unidade do Lotiguaçu. Nós da segunda turma, inauguramos o Loti. A primeira turma sofreu porque não tinha estrutura. Pra começar ela não tinha uma Unidade de Saúde.....ela rodava....uma hora tava no Palmeiras, outra hora tava....não sei onde.....eles não tinham uma Unidade, mas aí em fevereiro de 1999, nós fomos lá inaugurar o Loti (ExR9 - 2ªT)*

Pelo relato dos ex-residentes, que participaram do início desta residência, era um momento de dificuldades. Inicialmente por causa da necessidade de se definir melhor o projeto da residência e sua prática, e também pela adequação e expansão do modelo do PSF à rede municipal. Eles enfrentaram as dificuldades naturais de qualquer projeto novo que se implanta, mas tinham como agravante a incompreensão por parte dos colegas médicos, sobre qual seria o papel, a atuação e a utilidade do médico de família no contexto de saúde do Brasil e em Curitiba.

Esta incompreensão interferia na escolha dos residentes pela especialidade e também na forma como eram recebidos e tratados por residentes de outras especialidades, principalmente nos estágios hospitalares, gerando a sensação de desvalorização profissional e desmotivação, conforme os recortes a seguir.

*A gente sofria quando ia para os estágios hospitalares porque nós éramos olhados lá como os intrusos....aquele que está aqui, mas não sei porque ele está aqui...Eles (os médicos do hospital) dificultavam tudo pra nós. No estágio da Pediatria, quando havia uma emergência, só quem ia atender era o residente da pediatria. Na visita, o preceptor sempre olhava mais para o residente da pediatria...era como se a gente nem estivesse lá...Muitas vezes a gente se sentia sem pai e sem mãe, porque não havia ninguém que fosse a nossa referência (ExR5 - 2ªT).*

*Eu me sentia muito mal no HUC, mal mesmo! Porque os nossos colegas não respeitavam a gente. Eles tratavam a gente como os últimos dos últimos e a gente se sentia exatamente assim. Eu pensei, nunca vou ser respeitada nesta especialidade.*

*Quer saber, quando eu acabar esta residência, vou ter que fazer outra. Foi assim que eu pensei, porque me doía muito aquilo tudo (ExR11- 6ªT).*

As reações dos outros médicos diante da nova residência demonstram o julgamento ideológico ambíguo que permeia a história desta especialidade no Brasil. A proposta da medicina comunitária era rebatida pelas linhas ideológicas de esquerda, porque a identificavam como mais uma manobra colonialista dos EUA, cujo objetivo maior era criar uma “medicina de pobre para os pobres”, enquanto que os ricos poderiam comprar uma medicina diferenciada e com aparato tecnológico, vendida dentro do modelo norte-americano. As linhas ideológicas de direita diziam não aceitar a medicina comunitária porque era de ideologia comunista e estatizante (FALK, 2004).

Pelos depoimentos analisados pode-se dizer que os ecos destes discursos confusos iniciados na década de sessenta, chegaram até a criação do SUS e do PSF, voltando a influenciar julgamentos de uma atuação médica, até recentemente pouco conhecida no Brasil, a atuação do médico dentro da comunidade.

Embora que atualmente no Brasil, não faça sentido discriminar-se ideologias políticas de qualquer direcionamento, visto que vivemos em regime democrático, observa-se a repetição destes discursos como argumentos prontos, com opções para ambas as correntes contrárias. Os fundamentos da Estratégia Saúde da Família e da medicina de família estão nas definições da Atenção Primária à Saúde , promoção de saúde e na própria Constituição, que passou a garantir ao cidadão o acesso à saúde, como um direito e não há argumentos contrários a esta definição.

Por outro lado, as relações de poder e de hierarquia das profissões de saúde presentes no hospital, fazem uma separação de status entre a medicina hospitalar e a não hospitalar. Neste mesmo sentido a organização da atenção em níveis, em formato piramidal, colocando a atenção primária à saúde no nível mais

baixo da pirâmide e a medicina hospitalar no seu ápice, relaciona a APS com a medicina de menor qualidade, favorecendo um julgamento errado das ações desenvolvidas e de sua importância no cenário da atenção à saúde.

Há que se considerar também, como motivo para tanta rejeição, o medo da perda do poder dentro de um determinado campo de ação. Insinuar que apenas o especialista em ginecologia-obstetrícia ou o pediatra estão aptos a atender uma gestante ou uma criança, na verdade é defender reserva de mercado.

Foi o que fez a Sociedade Brasileira de Pediatria, quando no dia 16 de junho deste ano, entregou uma carta com 1.500 assinaturas ao Presidente da República, pedindo a inclusão do pediatra no PSF. Esta entidade representativa dos pediatras deflagrou uma campanha pública intitulada “pediatria no PSF já”, alegando que a assistência oferecida às crianças e adolescentes pelos médicos do PSF é de “segunda classe”. Diz ainda a carta que “ao delegar a competência pediátrica a profissionais despreparados para esse exercício, o PSF degrada a construção do SUS e nega também o direito do pediatra à plenitude de um desempenho profissional insubstituível” (Socied. Bras. de Pediatria, 2006).

Os argumentos utilizados pelos pediatras classificando como incompetente a atuação dos médicos do PSF na atenção às crianças, não são compatíveis com a análise dos indicadores brasileiros da saúde da criança. O Ministério da Saúde, em publicação deste ano, mostra a evolução do indicador mortalidade infantil, no período de 1998 a 2003, analisando a relação entre o aumento da cobertura do PSF e a queda da mortalidade infantil, saindo o índice nacional de **12,27** em 1998, para **7,89** em 2003. Estes índices são influenciados diretamente por duas ações da APS: assistência pré-natal e puericultura (BRASIL, 2006, p. 91).

Percebe-se que estas manifestações contrárias à medicina de família e comunidade se acentuaram, depois que a proposta da Atenção Primária no SUS, estruturou-se nos grandes municípios. Antes, quando a proposta se destinava apenas a suprir vagas em locais de difícil acesso, não se ouviam manifestos, nem questionamentos, muito menos campanhas de cunho difamatório na tentativa de impedir o generalista de atender em qualquer situação ou qualquer paciente. Estas manifestações traduzem claramente o receio da perda do poder, domínio de mercado e exclusividade de algumas especialidades médicas.

Outro motivo para a reação negativa dos médicos está na mudança de paradigma que esta especialidade representa. A formação médica hegemônica é hospitalar, centrada na pessoa do médico e na doença. A atenção do médico é voltada para o indivíduo e para as alterações objetivas do corpo, portanto as ações são predominantemente assistenciais. As ações de caráter preventivo, aquelas ligadas tradicionalmente à área da saúde pública, se limitavam ao controle epidemiológico de doenças infecto contagiosas através de campanhas, como uma herança do antigo modelo sanitaria campanhista (MENDES, 2001).

A medicina de família e comunidade tem outro campo de ação e outro paradigma, que na verdade deveria ser o paradigma de todos os profissionais de saúde, a promoção da saúde. O contexto privilegiado de ação é a família e a comunidade, a abordagem não se restringe ao diagnóstico de entidades clínicas, mas ao conceito ampliado de saúde/doença. A porta de entrada ao sistema não é o hospital, mas a Unidade de Saúde, a qual se torna a principal referência de saúde da comunidade.

Entendo que o maior desafio a ser vencido, para que aconteça a transformação das práticas em saúde, está na incorporação de um novo modelo de atenção. Este deve ser ensinado no decorrer do processo formativo, levando o aluno a refletir sobre o sistema que será o seu principal cenário de trabalho.

Um outro problema desse começo relacionava-se à formação. Qual seria o programa, o projeto político pedagógico, os cenários de aplicação, os preceptores. O médico de família é um clínico generalista, portanto deve atender crianças, adultos, idosos, mas como fornecer o conteúdo necessário se ainda não havia preceptores médicos de família?

Este processo inicial e estes dilemas também foram vivenciados em diversos locais no início da estruturação da APS. Relatos de outros países mostram processos semelhantes que foram sendo superados à medida em que a medicina de família se estruturou através dos programas de residência médica, mostrando com os resultados, os benefícios de um sistema de saúde com a racionalidade voltada em benefício do cidadão (STARFIELDS, 2001). É o que esperamos que aconteça também no Brasil.

#### **4.1.2 O primeiro projeto político pedagógico da Residência em MFC.**

No primeiro momento em que solicitei o projeto político pedagógico (PPP) da residência à pessoa que estava me atendendo, ela perguntou de forma sincera e direta, “o que é isso?” Então eu respondi que era o programa da residência. Imediatamente ela localizou o documento e me entregou. A pergunta que ela me fez, levou-me a pensar sobre o significado desta expressão na prática. Afinal o que tem realmente norteado os nossos cursos, um programa, uma grade curricular ou um projeto político pedagógico?

Um projeto político pedagógico contém o programa determinante de um currículo disciplinar e define práticas a serem desenvolvidas, mas vai além da prescrição de normas, regras e temas a serem ensinados e trabalhados. O objetivo principal de um PPP é delinear a formação a partir de concepções

filosóficas e pedagógicas, políticas e administrativas, definindo com clareza suas intenções e perspectivas de trabalho (HENRIQUES, 1998).

A importância de um PPP para um curso é a definição de identidade e prioridades que ele cria. Um PPP responde as perguntas que tentam dar sentido à prática, como “por que estamos fazendo isso assim? “qual o sentido do nosso trabalho?”. Por causa da sua natureza filosófica vinculada à prática, ele torna-se uma referência à compreensão do presente e projeta as perspectivas do futuro. Por isso considera-se que a ausência de um PPP deixa o curso com conteúdos confusos, sem sentido interligado e sem projeções para o futuro (HENRIQUES, 1998).

Noto que as duas principais palavras que definem a expressão são reveladoras do que se espera da construção de um PPP. O termo “pedagógico”, está relacionado às práticas de ensino, aos conteúdos a serem ensinados, as metodologias aplicadas, ao tempo utilizado, às ênfases assinaladas e os resultados esperados. Já o termo político está associado ao sentido democrático das escolhas, às negociações das decisões a serem tomadas, às repercussões avaliativas do trabalho realizado, ao contexto institucional ideológico e filosófico associado. A construção de um PPP refere-se a decisões envolvendo pessoas e instituições, aplicadas a um cenário social que espera uma resposta em forma de qualidade dos profissionais a serem formados.

A contraposição ao PPP está na visão antiga de currículo ou grade curricular, determinante dos conteúdos previstos para cada curso. Esta visão de formação atrelada diretamente ao conteúdo disciplinar tem origem numa perspectiva utilitarista da educação, aplicada a partir do final dos anos 60 e início dos anos 70. A intenção era atrelar a universidade ao desenvolvimento do capitalismo no Brasil (COELHO, 1993).

Numa visão estreita, imediatista e utilitarista da cultura, do saber e da educação, o Estado e seus tecnocratas procuraram reduzir a universidade à condição de agência

formadora de mão-de-obra submissa aos interesses do capital. Sob o pretexto de modernizá-la para melhor atender às necessidades do “desenvolvimento” impuseram-lhe uma reforma que melhor atendia às necessidades do processo de acumulação. A decantada necessidade de formação de mão-de-obra qualificada, isto é, de técnicas capazes de executar um saber importado dos centros hegemônicos do capitalismo, reforçou o caráter profissionalizante dos cursos universitários, especialmente nas áreas das ciências aplicadas (COELHO, 1993, p. 65)

Infelizmente, percebe-se que de modo geral as escolas médicas têm seguido dentro de uma formação ligada à modalidade antiga de currículos lineares, compatíveis com o modelo epistemológico racional-positivista. Este modelo tornou-se hegemônico no mundo ocidental e influenciou profundamente a escola moderna. No caso específico das ciências da saúde, isto se faz mais notoriamente, por causa da própria natureza da formação cientificista e tecnicista do conhecimento nelas empregado (HENRIQUES, 1998). Poucas escolas médicas se comprometeram de fato com as propostas previstas na elaboração de projetos políticos pedagógicos. Provavelmente as razões não são mais aquelas relacionadas às ideologias políticas, mas aos tradicionais paradigmas da formação médica.

A racionalidade técnica, objetiva e científica transformou a medicina em ciência, tirando-a das práticas curandeirísticas. O pensamento científico tornou-se dogmático e pensava-se ser ele capaz de organizar e explicar de alguma forma todos os fenômenos do mundo. Esta forma de entender a ciência de modo geral, provocou uma separação entre o pensamento e a ação, entre a teoria e a prática (COELHO, 1993).

Na aplicação da ciência médica e sua fundamentação teórica, percebe-se a emblematização deste modelo dissociativo. A fundamentação teórica, parte da aplicação de currículos lineares e prescritivos, conhecimentos segmentados e formação do pensamento objetivo. Este aprendizado teórico mostra dificuldades na execução da prática por carência de significado. Relembrando a minha própria vivência, sei que o jovem médico ao se deparar com a prática, que geralmente

ocorre com mais intensidade e relativa independência durante o período de residência, surpreende-se com a limitação de sua formação para a resolução de problemas.

Observa-se que o modelo de anamnese ainda empregado na condução da história clínica, obedece a uma racionalidade linear que privilegia a seqüencialidade e a previsibilidade didáticas, porém não realista. O primeiro tópico, denominado de “queixa principal”, arrasta o pensamento do médico imediatamente para o objetivo relatado da consulta e o condiciona a isto. Durante a supervisão dos residentes, noto que a maioria dos médicos recém-formados, durante os primeiros dias da residência, sentem-se confusos quando o paciente relata mais de uma “queixa principal”, ou quando o mal estar que motivou a consulta é uma queixa imprecisa.

Percebe-se a dificuldade em associar a teoria segmentada, ao conjunto da prática no ser humano complexo, no seu todo de sofrimento físico e social. Interpreto este fato como uma consequência da excessiva fragmentação do saber e das técnicas de abordagem, fruto de uma formação especializante, currículos com conteúdos sem a integração necessária e a falta de uma formação com sentido filosófico, político e pedagógico claros.

Quando o programa da residência MFC começou em 1998, não havia um projeto pedagógico norteador. O programa a que tive acesso somente foi publicado em 2001, quatro anos após o início da residência e a sua estruturação baseava-se nos conteúdos técnicos a serem desenvolvidos durante o desenrolar do programa.

*A primeira turma não tinha programa...ela também não tinha uma estrutura...pra começar ela não tinha uma Unidade de Saúde...ela rodava. Uma hora tava no Palmeiras, outra hora tava não sei onde....eles não tinham uma Unidade. Em 1999, quando eles viraram R2, aí chegou o Lotiguaçu. Foi quando entrou a nossa turma. Nós inauguramos o Lotiguaçu!, mas mesmo assim, não tinha o projeto do segundo ano e aí nós fizemos o projeto de trabalho para o segundo ano, até que quando entrou a quarta turma em 2001, quando eu já tinha me tornado preceptor, aí nós fizemos o programa do livrinho verde (ExR9- 2ªT).*

Este programa demonstra, nos objetivos e conteúdo, o que se esperava da prática do médico de família, apesar de ainda ter um forte viés da assistência médica.

Objetivos: Formar um especialista que satisfaça as necessidades da comunidade, que precisa preservar e fomentar a saúde do indivíduo que vem a procura de alívio e/ou cura de suas queixas e preocupações. Preparar um especialista que possa resolver os problemas assistenciais da comunidade, baseado em uma formação centrada na saúde (promoção e prevenção) sem subestimar a sua capacidade para atender as doenças (diagnóstico e tratamento) (PUC- PR, 2001, p.13).

Os programas de Medicina Geral e Comunitária existentes no país até aquele momento, ainda estavam dentro do paradigma da assistência médica a populações carentes. Isto é coerente com o pensamento médico dominante então. Até o final da década de 80, os postos de saúde atendiam aqueles que não eram segurados do INAMPS, os chamados “indigentes sanitários”. A maioria destas unidades de saúde estava localizada em áreas rurais, indígenas e cidades pequenas (BUDO, 2000).

A residência médica em Medicina Geral e Comunitária foi oficializada em 1981, quase uma década antes da criação do SUS e 13 anos antes do PSF, portanto é fácil de entender que a mudança de paradigma seja lenta. Apesar de haver um programa básico para esta especialidade nas normatizações da CNRM desde 1981, os programas em andamento no Brasil eram muito diferentes entre si, variando em cenários e cargas horárias, mas ainda com a antiga idéia da fusão das áreas básicas do conhecimento visando a assistência médica, conforme demonstram os relatos abaixo.

*Na verdade o que foi falado pra mim da medicina de família é que a gente tinha que saber um pouquinho de cada coisa, um pouquinho de pediatria, um pouquinho de gineco, fazer umas pequenas cirurgias e briga de marido e mulher é coisa de polícia (rs,rs,rs) (ExR2-6ªT).*

*Havia um programa quando eu entrei. O objetivo era a medicina para a atenção primária e medicina pra o interior. Por exemplo, se eu sair de Curitiba e for pra Óbidos ou Oriximiná que fica lá na Amazônia, eu vou ter que fazer medicina ambulatorial, medicina hospitalar também e vou estar preparada pra fazer o atendimento do paciente onde eu estiver (ExR6- 4ªT).*

*No segundo ano teve pediatria, clínica médica, ginecologia e cirurgia. Ficou um pouco fragmentado....faltou a visão de um médico de família pra fazer esta junção... (ExR3- 4ªT).*

Ter uma boa formação nas áreas básicas é de inegável valor na atuação do médico de família. Recentemente, a saúde mental constitui-se também em outra grande área em que se faz necessário uma boa habilitação do médico de família, considerando-se que a política de desospitalização estimula o acompanhamento ambulatorial do paciente e de sua família. No entanto, uma boa formação não se constitui apenas na apreensão fragmentada destes conhecimentos, herança do paradigma da especialização.

Faz-se necessário um aprendizado coerente com a visão holística, integral, sistêmica, que ensine o médico de família a atuar a partir de uma abordagem própria, com instrumentos adequados, sempre valorizando a pessoa, o seu contexto familiar e comunitário, não importando se esta pessoa é criança, adulta ou idosa, ou se a queixa que a traz ao atendimento é clínica ou cirúrgica. Antes de tudo, o médico de família deve aprender a fazer diagnóstico de necessidades e não apenas de doenças. O médico de família deve comprometer-se com a pessoa e não com um conjunto de conhecimentos, grupo de doenças ou técnicas especiais (MACWHINNEY, 1994).

Uma das angústias da formação médica refere-se à formação técnica do médico. A sensação de não saber-se ao final do curso, tudo o que se deveria saber para o exercício da profissão, associada ao peso da responsabilidade de uma profissão que não admite erros, coloca o médico numa constante busca de novas tecnologias, novas evidências, novos saberes científicos. Nesta busca, corre-se o risco das dimensões humana e social ficarem subestimadas, reduzidas a um diagnóstico ou a um órgão alterado.

Apesar desta necessidade do saber, ser algo genuíno e positivo, percebe-se que generalizou-se a idéia de que o saber tem que chegar pronto, rápido e ser muito objetivo. Esta angústia do aluno, seja da graduação ou da pós-graduação leva-o a busca de soluções rápidas, por isso os manuais são muito bem aceitos, ou os “dez passos” de qualquer coisa que simplifique o conhecimento. Esta atitude diminui a capacidade crítica porque não há aprofundamento das diversas questões principais e paralelas ao tema. Desprovido de aprofundamento crítico, a única solução é firmar-se na palavra do especialista.

A especialização pressupõe um aprofundamento em determinado tema ou área do conhecimento. Significa a eleição de uma área de estudo preferencial, com dedicação e envolvimento com ela. O problema passa a acontecer, quando este conhecimento imagina-se suficiente em si mesmo, que chega a separar-se dos demais, como algo singular, talvez um culto próprio, produzindo também dogmas do saber. Neste ponto, além de dogmático, o saber torna-se maniqueísta, então identificamos os “saberes do bem”, ou seja, aqueles que consideramos certos, e os “saberes do mal”, ou aqueles que consideramos errados, porque são discordantes do nosso saber, que sempre consideramos como certo (HENRIQUES, 1993). Esta talvez seja a razão da nossa dificuldade em reconhecer como válidos, os diversos caminhos de cura e as práticas populares de saúde. O olhar médico sobre estas práticas é geralmente desdenhoso e preconceituoso.

A fragmentação da saúde em especialidades e subespecialidades produziu um saber tão solto que em determinados momentos perde-se a referência da responsabilidade. Os especialistas sentem-se responsáveis pelos diagnósticos dentro de sua área de atuação, mas quando há mais de um diagnóstico e o envolvimento de várias especialidades, quem se responsabiliza pelo paciente?

Na prática isto se demonstra pela angústia do paciente em tentar saber quem está cuidando dele, porque durante o percurso de seu processo de doença, passou por vários especialistas, cada um deu o seu parecer técnico, mas ele não consegue entender o conjunto das informações e não tem quem lhe explique. De modo semelhante uma gestante em acompanhamento pré-natal, durante a consulta queixa-se ao seu obstetra que está com tosse e febre e recebe como resposta um encaminhamento ao clínico, porque tosse e febre não são sintomas relacionados à gestação, portanto mesmo que estejam acontecendo no percurso de uma gestação, não devem ser resolvidos pelo obstetra.

No caso da saúde, as mudanças que tanto desejamos nas práticas e resultados, começam pela formação dos profissionais de saúde. Esta formação precisa de novas premissas e entendimentos, que começam nas discussões de um bom projeto político pedagógico.

A formação e investimentos nos recursos humanos precisam mudar e reorientar suas estratégias em relação à formação dos profissionais, fazendo-as a partir das necessidades da sociedade, afinal ela é a principal financiadora da educação, e das necessidades dos alunos, levando em conta suas angústias sobre o processo de aprendizagem, sua experiência prévia e sua vontade de superar as dificuldades.

Neste sentido, comparando-se as práticas habituais das residências médicas e os seus projetos pedagógicos, nota-se que falta integração entre eles. As práticas acontecem de forma intensa, exaustiva, como se fosse um rito de passagem da vida estudantil para a vida real profissional. Uma espécie de purgatório profissional, onde trabalha-se muito, ganha-se pouquíssimo, na expectativa nem sempre atendida, de superar as deficiências e inseguranças da graduação.

No caso específico da medicina de família e comunidade da PUC-PR, o projeto político pedagógico publicado em 2001, destinava 50% da carga horária total em ações hospitalares, sem contar os plantões no pronto socorro do HUC. Também me chamaram a atenção, as fotografias utilizadas para ilustrar o programa, todas elas referem-se ao ambiente hospitalar. Uma delas retrata o momento de um exame de ecografia em gestante, em outra, os residentes são fotografados ao redor do leito de paciente hospitalizado, numa clássica aula de medicina hospitalar. Não há sequer uma foto mostrando o interior de uma Unidade de Saúde ou o desenvolvimento de uma visita domiciliar ou prática comunitária. Isto significa que mesmo sendo uma residência que se voltava para a atenção primária como prioridade do SUS, ainda estava com sua formação predominantemente ligada ao hospital.

Esta observação não tem conotação depreciativa, mesmo porque consideramos que o SUS está em construção, em seus entendimentos, estrutura e operacionalidade. Igualmente em construção encontra-se a especialidade medicina de família e comunidade. Esta construção abre espaço para discussão, novos rumos, ajustes que vão se mostrando necessários ao longo do caminho.

O projeto político pedagógico pode ser comparado a uma linha diretriz ou um mapa. Ele tem que mostrar o caminho certo, mas somente o fato dele ser um bom mapa não garante que as pessoas acertem o caminho. As interpretações do que seria um bom caminho para o aprendizado varia com as nossas concepções do que é aprender, gerando aproximação ou afastamento dos objetivos de um projeto educacional.

Penso que um bom projeto político pedagógico é processual e não se fecha às modificações e reformulações, admitindo mudanças que favorecem o crescimento de sua proposta e compromisso, que no neste caso é o SUS e o novo modelo de atenção que estamos construindo no Brasil.

### **4.1.3 A escolha pela medicina de família e comunidade.**

Observo que um dos dilemas vividos pelo estudante de medicina é decidir qual especialidade irá cursar após a graduação. Geralmente o conteúdo do curso é trabalhado por área de especialidade, os professores são especialistas em áreas, de forma que desde o início, o aluno de medicina é levado a se direcionar para uma área e a investir nela. Pelo menos num primeiro momento, o aluno é levado a escolher entre clínica e cirurgia. Uma vez feita esta escolha, o estudante passa a procurar estágios extra curriculares dentro de sua preferência.

Este olhar direcionado tão precocemente, diminui as chances do aluno perceber o todo e de ampliar suas possibilidades. Um estudo entre os alunos da Faculdade de Medicina da USP-SP relata que características de personalidade são fatores de forte influencia nesta escolha, confirmando alguns estereótipos já conhecidos, como diferenças marcantes entre clínicos e cirurgiões (BELLLODI, 2004).

Os dados publicados mostram que 50% dos entrevistados escolheu clínica por causa do contato maior com o paciente, 30% por causa das atividades intelectuais e gosto pelo estudo e 27% porque se interessaram pelo conhecimento da área. Entre os cirurgiões a escolha de 43%, deve-se a forma prática e objetiva da intervenção cirúrgica, 43% por gostar de atividades manuais e 40% porque os resultados são rápidos e concretos (BELLLODI, 2004).

A pesquisa também mostra que esta escolha se faz realmente muito cedo na vida do estudante, principalmente aqueles que escolhem as especialidades cirúrgicas, alguns até antes do início do curso (30%). É interessante refletir por qual motivo um jovem, que ainda não entrou na faculdade, não está de posse de informações técnicas que poderiam embasar sua escolha, faria uma escolha desta implicância. É provável que a imagem de poder evocada pela figura do cirurgião, ou a figura heróica do emergencista dos seriados

americanos, criem fantasias nas mentes adolescentes dos futuros estudantes de medicina. Mesmo sem ter esta resposta, este dado é forte indicador do quanto a cultura de especialização está arraigada, não apenas no meio médico, mas no entendimento da sociedade de como um médico deve ser formado.

De acordo com a lógica vivencial, a escolha da especialidade deveria acontecer na fase final do curso, porque além de ter uma visão mais ampliada da prática médica em seus diversos campos de ação, o aluno teria também mais maturidade emocional para fazer a sua decisão. A personalidade, o estilo de vida, as crenças pessoais, a influência da família, expectativas financeiras e os objetivos profissionais devem ser considerados na sua complexa totalidade.

A medicina de família e comunidade está entre as opções das especialidades clínicas, mas é ainda pouco conhecida dos alunos porque não consta do currículo da maioria das escolas médicas. Está longe de figurar entre as especialidades preferidas dos estudantes de medicina, seja por ser pouco divulgada, ou porque não se compreenda bem seu campo de atuação e importância. Sabe-se que apesar do número de vagas disponíveis atualmente nos programas de residência de MFC, muitos serviços não conseguem completar seu grupo de residentes.

Entre os egressos entrevistados, que fizeram a sua escolha pela medicina de família e relatam gostar muito da decisão que tomaram, alguns confessam que no princípio não sentiam muita segurança na escolha e que seus objetivos com relação a especialidade não estavam bastante claros. Os depoimentos a seguir mostram as dúvidas dos entrevistados.

*Eu terminei a graduação, mas foi uma graduação que não se abria pra nada disso, não falava o que era medicina de família. Era bem fragmentada, cheia de especialidades, na verdade muito separada. Aí chegou o fim do curso. Não é que eu quisesse fazer medicina de família porque conhecesse e gostasse, mas é que pintou esta estória de ser médico de família pra quem não tinha se achado ainda. (ExR10- 5ª T)*

*Na época, qual a imagem que a gente tinha? Formar o médico de antigamente. Eu como era homeopata, entrei com um objetivo principal que era melhorar a clínica! Eu via muita coisa na homeopatia e eu questionava do ponto de vista clínico, e como eu atendia criança, mulher...a homeopatia atende tudo, então eu pensei, eu preciso dar uma retomada nos conceitos básicos da alopatia e este era o meu objetivo inicial quando eu comecei a residência (ExR9-2ªT).*

*...Um pouco foi aquela insegurança que a gente tem quando termina um curso. Eu pensei – calma aí, acho que ta faltando alguma coisa – tinha um tio meu que era ginecologista e ele falava que 80% do que ele atendia não tinha nada a ver com a medicina, com o que se aprende na faculdade. Puxa! Eu pensei – Onde é que eu vou aprender isso? Aí ouvi falar da residência e achei que se encaixava naquilo que eu queria (ExR8-5ª T).*

Entre os entrevistados, três estão atuando em outra especialidade e nove permanecem como médicos de família. As razões das mudanças são diversas, mas pode-se dizer que mesmo em outra área de atuação, há correspondência de sua escolha pela clínica.

A medicina de família resgata a atuação clínica ampliada, sem a separação por faixas etárias. Isto facilita o acesso da população à assistência médica. Gostar do contato com o paciente, visualizar a família como principal foco da atenção, inclusive indo até sua residência é um dos pré-requisitos para a atuação deste especialista, sendo um dos fatores que leva a escolha pela medicina de família.

*Eu gostava mais “de tudo”. Gostava de atender criança, mulher, idoso, adulto, por isso fiz a prova da residência para medicina de família”(ExR7-5ª T)*

As especialidades ligadas à clínica médica necessitam desenvolver habilidades na investigação clínica com maior intensidade. Diferente das especialidades cirúrgicas, a clínica nem sempre obtém resultados rápidos e objetivos. Isto é mais destacado quando se abordam as doenças crônico-degenerativas, as dependências químicas, as doenças mentais e demais diagnósticos considerados de interesse da saúde pública.

Quando se considera a influência da personalidade sobre a escolha da especialidade, estamos falando de algo que o mundo das profissões chama de “perfil esperado” e que antigamente se chamava de “vocação”.

Vocação vem do termo latino “vocatione” que significa o ato de chamar. O senso comum é exatamente este, de ter sido chamado, ter nascido com uma propensão natural, uma predestinação, uma missão a cumprir. Estes termos são carregados de sentido religioso, místico e têm profunda relação com a história da medicina e da prática médica.

A medicina enquanto ciência é relativamente recente, mas enquanto arte é muito antiga. A expressão arte vem justamente da conotação religiosa da prática médica exercida em seus primórdios pelos sacerdotes. A doença expõe a fragilidade da vida, e pode levar à morte. O binômio vida/morte tem sido um mistério para o homem em todas as épocas, portanto alguém que possa livrar da morte é alguém divino, que tem um dom especial. Se não era deus era enviado pelos deuses, portanto era natural ter compromisso com o divino, ensinando a arte gratuitamente e dela vivendo honradamente, conforme a declaração do juramento de Hipócrates.

Para exercer esta arte era necessária uma vocação, porque o compromisso assumido por juramento, requeria renúncia pessoal, integridade de caráter, ética e compromisso com o bem. A recompensa esperada era a honra. Apesar do contexto em que vivemos ser totalmente diferente daquele vivido por Hipócrates, ainda persiste na sociedade, praticamente como um consenso, que para alguém tornar-se médico, precisa ter vocação (PERUSSI, 2000).

Hoje a medicina é uma ciência, portanto para apropriar-se dela é necessário apenas estudá-la. Este conceito é muito claro para os estudantes da medicina e médicos, que viram o tecnicismo crescente abafar as outras dimensões da prática médica, a burocratização da atividade médica e a formação

do corporativismo médico. Ainda nos sobra a posse do saber e com ele ainda alguma autonomia profissional, proporcionada pelo autocontrole da produção de serviço. Mesmo assim, isto não seria suficiente para a manutenção da importância do médico na sociedade, se esta não lhe conferisse um lugar de honra, uma espécie de cargo de confiança, ou “mandato social” (PERUSSI, 2002).

É algo tão subjetivo quanto verdadeiro na prática, mas não há como dissociar a ética pessoal da ética profissional, ou a identidade biográfica da identidade profissional porque são questões condicionantes do nosso perfil profissional e humano. Quanto menos contradições entre estas situações, mais responsabilização social, mais sucesso, valorização e honra profissional.

*Assim que eu me formei, eu queria fazer uma especialidade ligada ao hospital, como todos, mas aí, um professor com quem eu fiz um trabalho científico de clínica médica, me disse assim – sabe que você tem perfil para médico de família? – quando ele falou isto assim, esta palavra ficou gravada na minha mente... **perfil para médico de família**, e a partir daí, passei a encarar tudo diferente e resolvi entrar para a residência. (ExR5-2ªT)*

*O médico de família precisa ser sensível a realidade que a pessoa vive, o momento de vida que ela está vivendo, a família e a sociedade que ela está inserida. Eu consigo enxergar, mas acho que foi uma luta pessoal também, uma busca minha. A residência me deu algumas ferramentas, alguns toques, mas foi uma busca minha.....Hoje de manhã vi a orientação de uma colega pediatra, que estava atendendo uma mãe com um bebezinho de alguns dias. Ela dizia – Não dê chá pra este bebê! Na hora de fazer você soube fazer, agora na hora de cuidar você não quer ter paciência? – fiquei com raiva dela e pensei como ela era mal preparada para estar ali! (ExR3-4ªT)*

Respeitando-se os devidos contextos, não vejo incompatibilidade entre a idéia de vocação e a estruturação profissional da medicina. Negar a vocação, talvez seja negar a realidade presenciada por todos no dia-a-dia, onde testemunhamos o desempenho dedicado e comprometido de uns e o desempenho parcial e descomprometido de outros.

Talvez possamos dizer que a vocação seja um estigma positivo e aqueles que o possuem representam para a sociedade os herdeiros de uma face humana, pessoal e idealista da profissão médica.

Por mais que se tente desvincular profissão e vocação é interessante a relação que elas mantêm, mesmo no campo semântico. No dicionário Aurélio, a palavra profissão é definida como “ato ou efeito de professar. Declaração pública de uma ciência, sentimento ou modo de ser habitual”, em seguida a define como “atividade ou ocupação especializada”. O ato de “professar” alude a convicções profundas, a questões doutrinárias, até mesmo de fé. Professar como um “modo de ser habitual” pode nos remeter à reflexão de como somos habitualmente no nosso exercício profissional, como o encaramos e como administramos a confiança que é diariamente depositada em nós.

O mandato social que é confiado ao médico pode também ser retirado, se a confiança não for retribuída em forma de compromisso. Este compromisso se traduz na atenção em escutar a história do paciente, respeitar suas crenças, orientar e aconselhar com respeito, sem abusar do poder que lhe é conferido. Explicar o que está acontecendo, de forma clara e simples e principalmente, dizer o que poderá acontecer, sem utilizar tom de oráculo ou maldição, no intuito de amedrontar o paciente para fazê-lo obedecer as “ordens médicas”.

Lidar com estas situações requer habilidades que serão desenvolvidas durante programas de residência, mas também durante toda a vida, passando pelo filtro da experiência pessoal, processo de amadurecimento que pode nos tornar mais sábios e felizes ou insensíveis e insatisfeitos.

O sucesso daquilo que fazemos, depende muito da satisfação pessoal que temos na nossa rotina diária e o significado dela na vida de cada pessoa atendida. Depende também do quanto estamos prontos a doar e a receber, a ensinar e a aprender.

## 4.2 Olhando para trás : avaliando o programa.

Quando estamos envolvidos em situação de estresse, dificilmente temos clareza para analisar o momento em que vivemos. É necessário que o tempo passe e as circunstâncias mudem, para que de forma lúcida possamos olhar para trás, fazendo a crítica consciente do passado.

Fiz esta leitura ao ouvir as respostas dos entrevistados sobre quais foram os pontos fortes do programa de residência que cursaram. As duas respostas mais freqüentes são mostradas no quadro a seguir. Uma se destaca, ganhando relevância pelo seu significado e impõe por si mesma a discussão.

**Quadro 3 : Demonstrativo dos fatores positivos da residência em MFC**

<b>Respostas mais freqüentes</b>	<b>Percentual</b>
O preceptor	83%
O hospital de Pinhais	50%

### 4.2.1 Preceptoría – A força do modelo.

O decreto 80.281 que regulamenta a Residência Médica e cria a Comissão Nacional de Residência Médica, diz em seu texto que o residente deve ser orientado no seu período de residência por um “profissional médico de elevada qualificação ética e profissional” (Brasil, 1977 p.1). Partindo-se do pressuposto de que todos os profissionais médicos deveriam ser qualificados dessa forma, posto que o exercício profissional da medicina assim o exige, qualquer médico poderia ser preceptor de uma residência. No entanto isto não é verdade, dadas as

demandas específicas da atividade de ensino que são exigidas da atuação do preceptor.

Quanto à qualificação profissional do preceptor, sendo a residência o curso destinado à especialização médica, exige-se que ele seja especialista na área de sua atuação. A Resolução número 4/78 da CNRM estabelece que os preceptores devem ter certificado de residência médica ou título equivalente.

Recentemente, a atuação do preceptor de residência, sua formação e qualificação têm despertado interesse como objeto de estudo, considerando a importância que a residência assumiu na formação médica. Neste estudo, o tema da preceptoria não será discutido de uma maneira técnica, no sentido instrumental de como deve se desenvolver a preceptoria enquanto prática de ensino, mas procuro focar a figura do preceptor, como ele é percebido pelo residente, como influencia a sua vida profissional, pelo ensino, pelo modelo e pela referência.

É importante ressaltar que este tema não constava em formato de pergunta no roteiro de entrevistas. Em nenhum momento perguntei como foi a atuação dos preceptores da residência, ou qual a sua opinião sobre o seu preceptor, nem mesmo, quem foi o seu preceptor. A resposta surgiu espontaneamente e se destacou como o fator positivo mais importante da residência, conforme ilustram os depoimentos recortados a seguir.

*Vítor foi nosso modelo. O Vítor é um símbolo da saúde pública. Ele é show de bola!...e ele tinha uma coisa que poucos tinham que era desenvolver uma técnica de entrevista que é dele. É impressionante ver o Vítor atendendo!!...então ele ensinou muito a gente..... No hospital, quando a gente viu o Arteaga, a gente pensou : esse é o cara que a gente quer ensinando a gente (ExR9-2ªT).*

*Tivemos bons preceptores, na clínica hospitalar com o Dr. Arteaga e o Dr. Alcides, o Dr. Marlon na cirurgia e principalmente o Dr. Vítor na Unidade de Saúde. O problema era a demanda muito grande que tirava muito o tempo dele (ExR5-2ªT).*

*O grande ponto positivo foi reafirmado pra mim via Armando, estes valores de como se lidar com a família. O Armando ensinou pra mim a respeito do PRACTICE, FIRO,*

*GENOGRAMA. Muito ciclo de vida e muito genograma. Isto reafirmou pra mim que era isto que eu queria. O Armando foi fundamental! (ExR1-5ªT).*

*O ponto forte pra mim mesmo foi o preceptor, o Dr. Armando. Ele mostrava este outro lado da medicina de família, este lado do contato com o paciente, de ver que por trás da doença existia uma pessoa e a sua família. Ele mostrava a visão da medicina de família e a medicina baseada em evidência (ExR2-5ªT).*

A atuação de preceptoria é a forma de ensinar mais próxima do aluno. É a hora da prática. É o momento em que o aluno percebe o sentido de tudo aquilo que vem aprendendo na parte teórica do curso. Na verdade a prática é o objetivo maior do aluno, portanto é de se esperar que aquele que lhe ensina a prática passe a ser o seu modelo e a sua referência.

Apesar do seu compromisso tão próximo com o ensino, o preceptor legalmente não é considerado professor, por isso as instituições pouco se têm preocupado com o seu preparo pedagógico. Há uma separação entre as duas funções de ensino, o teórico com metodologia adequada à sala de aula e o prático que se passa no cenário do trabalho. Talvez por isso entenda-se que o preceptor só precisa saber trabalhar bem, sendo especialista em “trabalho”, não necessariamente em ensino. Talvez a razão dessa idéia seja o próprio paradigma da residência médica, demonstrado na expressão usada nos documentos que a normalizam: **treinamento em serviço**.

A expressão treinamento evoca a imagem imediata de condicionamento, repetição sem reflexão. É também usada quando se refere ao desenvolvimento de habilidades em animais, por isso não é bem aceita entre os educadores, que preferem a expressão aprendizagem em serviço. Afinal a aprendizagem é muito mais do que desenvolvimento de habilidades práticas, embora que a forma mais significativa de aprendizagem parta sempre do concreto, do problema em si, que requer soluções pensadas. A problematização inicia-se com a vivência da prática, onde se aplica a fundamentação teórica recebida, portanto a prática precisa de reflexão muito mais do que simples repetição.

Nestas circunstâncias a aprendizagem, o exercício do pensamento e a compreensão do processo histórico de produção e transmissão do saber ficam mais difíceis e o máximo que se consegue é repassar aos alunos informações isoladas, **treiná-los** em determinadas habilidades, **adestrá-los** como mão-de-obra, mas jamais formá-los intelectualmente, ensiná-los a pensar, a questionar, a compreender o real enquanto totalidade concreta e a recriá-lo. O culto das novidades, da informação e o entregar-se às rotinas nos afastam da esfera do pensamento, da crítica, da criação, da produção do novo, da busca do sentido e da gênese do real e do próprio saber, ou seja, nos afastam da história (COELHO, 1993 p.68 – grifo meu).

No entanto, o ensino do preceptor na medicina têm raízes mais antigas que a do professor. Como todas as profissões que se fundamentam na prática, as raízes do ensino médico estão na metodologia de ensino “mestre-discípulo” que remonta a Hipócrates, se desdobra na Idade Média e chega até à Idade Moderna. A revolução industrial modifica os métodos de produção, e transforma as práticas artesanais em produções seriadas, sufocando o antigo formato de produção e suas tradições, entre elas o ensino do aprendiz (CASTRO, 2006).

O método “mestre-discípulo” era utilizado nas corporações de artesões ou dos ofícios, como ficaram conhecidas. Tratava-se de uma forma de aprendizado que atendia dois interesses específicos, o da produção, que carecia de mão de obra, e do aprendiz, que precisava aprender um ofício para dele viver. Esta estrutura obedecia a uma hierarquia que era formada pelo mestre do ofício, dono do saber, dos materiais utilizados e do local do trabalho, do companheiro, que era um profissional contratado e do aprendiz, geralmente um jovem que trabalhava para aprender o ofício, portanto não tinha ganho financeiro (CASTRO, 2006).

O aprendiz aprendia trabalhando, vivenciando a prática rotineira. Iniciava pelas tarefas mais grosseiras, que não exigiam habilidades específicas enquanto observava o mestre. Passava então a ajudar na preparação da arte e depois ajudava o mestre, até que começava a praticar ele próprio, ganhando habilidade, desenvolvendo criatividade e estilo. Assim também aprendiam os barbeiros, e outros praticantes, como parteiras.

A metodologia “mestre-discípulo” continuou, mesmo quando a medicina passou a ser ensinada nas escolas ocidentais. O aluno acompanhava seu mestre e tentava aprender tudo o que pudesse na observação da prática e na prática supervisionada pelo mestre.

Este método de ensino foi chamado por Castro de “artesanal” (2006), não apenas como uma alusão às suas origens, mas pela forma individual, próxima e personalizada como se processa. Ao contrário de um ensino para grandes grupos, onde a marca é a impessoalidade, este método de ensino, independente da área a que se dedique, tende a estabelecer um vínculo de compromissos mútuos e duradouros, próximos e relacionais que, definitivamente, marcam as vidas do mestre e do discípulo, fazendo delas um binômio interdependente.

Abib (2006) relata sua experiência com os mestres da capoeira angola da Bahia, enfocando sua forma de ensinar aos jovens capoeiristas a sua tradicional arte. A concepção desses homens sobre o que é o ensino da arte da capoeira e como ele deve ser efetuado, me fez refletir sobre como deveria ser o ensino da “nossa arte”.

Segundo o mestre Moraes, em seu depoimento, o toque, na pedagogia do africano, é fundamental. “Ele toca para passar o sentimento...ele não toca unicamente pra consertar o movimento... ele passa muito mais a vontade de ver o aluno aprendendo, do que ensinar o movimento correto”. Essa forma de ensinar passa pela proximidade que deve existir entre o mestre e o aprendiz. Uma proximidade corporal em que o afeto, a atenção e a disponibilidade do mestre mostram-se integralmente (ABIB, 2006, p.90).

O mais importante nessa tradição é o hálito, é o que você tá passando...a sua alma que você tá transmitindo [faz o gesto como se estivesse passando a alma através da boca]. Então, você não está transmitindo simplesmente a sua palavra, mas o hálito...a alma... então, quando você recebe aquilo, você tá recebendo uma tradição de muitos e muitos antepassados, porque alguém já me passou isso... agora eu tô passando prá você, você vai internalizar, e depois vai poder passar a mesma coisa para outro, então é muito mais do que você pegar um livro e ler...tem uma alma ali, tem um gesto, um olhar, tem uma forma (...) tudo isso fica marcado, porque é legal você ler um livro, mas a emoção de alguém estar te contando uma coisa, te passando alguma coisa, tem todo um gesto, um brilho nos olhos, que você sente uma alma sendo passada para você (ABIB, 2006, p.90).

A compreensão de que o ensino é mais do que “passar o movimento certo”, que o “tocar o aluno”, para que ele perceba que o seu aprendizado é interesse absoluto do professor, corresponde à aplicação prática da proposta de Carl Rogers (1994), chamada de “abordagem centrada na pessoa”. Esta proposta originada da psicologia influenciou a educação, sendo agregada como proposta pedagógica com a denominação de ensino centrado no aluno.

Carl Rogers afirma que a pessoa possui recursos dentro de si, que podem ser utilizados para a sua autocompreensão, para modificações de seu comportamento e de seus conceitos. Porém ela necessita de condições adequadas para que estes recursos sejam ativados, utilizados e potencializados. Estas condições se concretizam nas relações entre as pessoas, mesmo que sejam relações ligadas ao envolvimento profissional, como terapeuta e paciente, ou professor e aluno. São condições ou qualidades que valorizam as relações pessoais em quaisquer circunstâncias nas quais elas estejam acontecendo.

Rogers destaca como primeira condição desta abordagem, a autenticidade, sinceridade e congruência. Isto significa viver abertamente, revelar-se nas suas fragilidades e colocar-se no lugar do outro, para tentar entender a sua perspectiva. A segunda condição é a aceitação, a consideração, ou demonstração de interesse pelo interesse do outro, de modo integral e não condicional. A terceira condição é a compreensão empática, que é o captar com máxima precisão os sentimentos e significados pessoais da vivência do outro naquele momento.

A conclusão de Rogers é que as pessoas quando são aceitas e consideradas tendem a desenvolver uma atitude de maior consideração em relação a si mesmas, melhoram sua auto-estima e são mais produtivas em todos os aspectos. O mais interessante desta abordagem é que ela tem um fluxo duplo. Isto significa que estas atitudes beneficiam a ambos os envolvidos na relação, nas questões do desenvolvimento profissional ou pessoal.

Avalio que quando o preceptor percebe a importância de seu papel e passa a desenvolvê-lo dentro da visão de valorização da pessoa, a sua própria pessoa e o seu papel passam a ser estruturantes da formação do residente, funcionando como um modelo positivo a ser seguido.

Pelos relatos, notei que a satisfação com o preceptor não se baseia apenas no conhecimento técnico que este possa demonstrar, mas em todos os aspectos da relação, incluindo o relacionamento pessoal.

Percebi que a relação com o preceptor influenciou o conceito avaliativo que os ex-residentes deram ao programa. Perguntei qual o conceito que eles dariam ao seu período de residência, apresentando as opções, bom, muito bom e ruim. Os resultados estão apresentados na tabela abaixo e são sinalizadores dessa influência. A turma que melhor avaliou o programa foi a 5ª turma, justamente a que demonstra ter tido melhor relação com o preceptor, e a pior avaliação foi da 6ª turma, em decorrência da saída do preceptor.

**Quadro 4: Demonstrativo dos conceitos da residência MFC por turma.**

<b>Turma / ano</b>	<b>Conceito</b>
1ª T – 1998/2000	-
2ª T – 1999/2001	BOM
3ª T – 2000/2002	-
4ª T – 2001/2003	BOM
5ª T – 2002/2004	MUITO BOM
6ª T – 2003/2005	RUIM

A minha avaliação se baseia no fato de que todas as turmas queixaram-se dos mesmos problemas e dificuldades. A ênfase dada aos problemas, que serão discutidos no próximo sub-capítulo, em alguns momentos foi maior por parte dos representantes da 5ª turma, no entanto, esta turma foi a que melhor avaliou o programa. Parece-me que a saída deste preceptor, causou também a avaliação negativa por parte dos representantes da 6ª turma, que sentiu-se perdida no programa.

*Ele foi fundamental (o preceptor) até porque ele era o único médico de família e era o único que tinha noções de como a gente deveria ser, se portar, sobre que tipo de busca a gente deveria ter, sobre qual conhecimento, que tipo de trabalho deveria ser feito na comunidade, sobre o paciente, como a visão deveria ser centrada na comunidade e no doente...e não na doença....bom, foi uma fase de idéias...dele e de meus colegas também, porque durante a residência eles formaram uma opinião, se influenciaram com o Armando e acabaram lendo e trazendo muitas coisas, muito interessantes (ExR4 -5ª T).*

*O ponto forte da residência foi no período do Armando. Aí eu cresci muito, vários degraus. Ele ficava o tempo todo com a gente na Unidade de Saúde do Lotiguaçú, mas aí ele teve que sair. Ele foi para Pinhais que também era da nossa residência. Era mais longe, mas a gente brigava para ir para Pinhais por causa do Armando....mas, depois ele saiu ....e acabou tudo! (ExR2-6ª T).*

*Acho que o primeiro ano no posto de saúde foi muito bom. Acho que foi o que me fez ficar e continuar até hoje nesta história....foi o contato com o Armando. Na verdade foi um período de construção, mas também foi um período de desconstrução...eu também estava ali desconstruindo as verdades que foram plantadas, mas que eram frágeis, ainda na graduação. Fora isso..tudo o que o Armando construiu que era a medicina baseada em evidência..., centrada no paciente...a abordagem....um mundo novo..e além disso o grupo todo (ExR10-5ª T).*

*Eu só terminei o programa porque afinal já tinha começado, mas nós sofremos muito depois da saída do Armando. Eu fiquei com raiva da instituição depois disso, me afastei da medicina de família e fui fazer pneumo. Não vi sentido em continuar porque não fui orientada como deveria na residência (ExR11-6ª T).*

Um relato que considerei muito importante quando avalei a influência do preceptor no desenvolvimento da identidade profissional, refere-se a seqüência da vida profissional da duas turmas comparadas neste momento. A 5ª turma formou 9 residentes. Todos continuaram o seu percurso na medicina de família, a maioria como médicos ligados ao PSF, outros como preceptores em programas de residência em medicina de família do Paraná e de Santa Catarina. Eles continuam de certa forma ligados e sabem notícias uns dos outros. A 6ª turma formou 11

residentes. Apenas três continuam na especialidade, os outros fizeram outra residência.

O período de residência é composto, no mínimo, por dois anos consecutivos, com carga horária prevista de até 60h/semanais. Nesse momento o residente é inserido no serviço com responsabilidades e vivências semelhantes ao profissional médico que está em atuação no ambiente de trabalho.

A residência é um momento especial na vida do residente porque neste momento ele forma uma identidade relacionada à área de atuação de sua escolha. Infelizmente nem todos os programas de residência atendem às expectativas do residente, no quesito desenvolvimento de tecnologia de trabalho relacionada a espaços físicos, equipamentos e estrutura gerencial. No entanto, pelas falas dos ex-residentes de MFC durante as entrevistas, nota-se que estas falhas do serviço são facilmente superadas se o preceptor corresponde às suas expectativas, estabelecendo vínculos, laços com o residente, atitudes que são utilizadas como fator de favorecimento do processo de aprendizagem.

Considerando-se a formação tradicional da medicina, dentro de seus currículos lineares e prescritivos, é de se esperar que os relacionamentos internos também sejam afetados e se produzam de acordo com as valorizações do mundo do trabalho. Assim, em quase todas os programas de residência há uma hierarquização de chefias, iniciando pelo coordenador do programa, preceptor, residente do segundo ano (R2) e residente do primeiro ano (R1). Esta sistematização refere-se, antes de tudo, à administração de poder e do trabalho interno, mas afeta os laços de relacionamento, diminuindo o diálogo interno e diminuindo também os espaços de troca e compartilhamento de experiências.

O preceptor deve fazer a mediação entre as necessidades do serviço, sua organização, o enfoque prático da aprendizagem em suas múltiplas faces, com as necessidades de cada residente. O relacionamento interno entre os residentes, o

companheirismo, a solidariedade, devem ser estimulados, constituindo-se este momento, uma oportunidade importante para estimular o exercício dos conceitos de ética que espera-se que façam parte do restante das suas vidas. Estas atitudes se contrapõem à competição intensa e ao corporativismo que comumente observamos no percurso da vida profissional.

O ideal é a elaboração de estratégias que, embora sendo semelhantes na formação do conteúdo, possam responder às diferentes capacidades individuais e ritmos de aprendizagem que identificam cada pessoa, construindo um saber “artesanal” na sua essência.

Acredito que a proposta de ensino através da prática vivencial do trabalho, cria ambiente e oportunidades privilegiadas de ensino/aprendizagem. O professor da prática presencia a dúvida do aluno, seu dilema, sua face de angústia diante da possibilidade da vergonha pública de não saber. Ele tem a oportunidade de trabalhar o erro e o acerto no momento em que eles acontecem, colaborar para a auto-estima profissional e pessoal do residente, e utilizar tudo o que acontece no cenário do trabalho, como fonte de ensino.

A convivência oportuniza que “mestre e discípulo”, “professor e aluno”, “preceptor e residente”, “educador e educando”, se conheçam de fato. O residente presencia a prática e o modo natural de ser do preceptor, porque afinal ninguém consegue se esconder na informalidade da rotina. Todos acabamos por nos revelar humanos, falhos e inseguros em alguns momentos, enquanto em outros somos heróicos e admiráveis.

O aluno residente também aprende com o lado humano do preceptor, porque se identifica com a realidade, mostra o que significa ser o responsável pelo “ofício”, nas dificuldades e nos méritos. Este é o privilégio da prática, por isso o grande valor do preceptor.

#### 4.2.2 Dificuldades e carências.

Como resposta à pergunta sobre quais foram os pontos negativos da residência, destacaram-se algumas categorias representadas no quadro 5 e que serão analisadas a seguir.

**Quadro 5 : Demonstrativo de fatores negativos da residência MFC 1998-2005**

<b>Respostas mais frequentes</b>	<b>Percentual</b>
1- U.S Lotiguaçu: excesso de demanda	100%
2- Carga horária hospitalar excessiva	100%
3- Pouco tempo para prática comunitária	80%
4- Falta de base teórica sobre o SUS	70%
5- Falta de preceptor médico de FC	50%
6- Ficar sozinho nos plantões hospitalares	50%

As duas queixas mais frequentes, a primeira e a segunda, relacionam-se a questão do trabalho dos residentes, e a última, “ficar sozinho nos plantões” relaciona-se a forma como este trabalho acontece em muitos serviços de residência.

Como já foi discutido anteriormente, é evidente e necessária a relação residência-trabalho médico. O que se questiona é o quantitativo desse trabalho, e como ele deve acontecer, para que proporcione uma formação adequada ao residente. No centro da questão está a definição do real motivo da residência, a formação ou a prestação de serviço?

Esclareço a seguir a história da Unidade de Saúde do Lotiguaçu, principal cenário da residência em medicina de família e comunidade da PUCPR, cuja demanda e outros processos de trabalho, se constituiu no principal motivo de insatisfação dos ex-residentes.

Como já colocado em alguns depoimentos, no primeiro ano de funcionamento da residência, 1998, não havia uma unidade de saúde que fosse destinada à residência. Em 1999, a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba inaugurou a Unidade de Saúde do Lotiguaçu, área pertencente ao Distrito Sanitário do Cajuru. Por meio de convênio firmado entre a SMS-Curitiba e PUCPR, esta US seria gerenciada pela PUCPR, devendo funcionar com quatro equipes de saúde da família e seria destinada ao treinamento da residência em medicina geral e comunitária.

A população cadastrada no momento do planejamento, girava em torno de 10.000 pessoas naquela área, no entanto, como resultado de processos de mobilização social, antes mesmo que a Unidade de Saúde fosse inaugurada em fevereiro de 1999, o número de habitantes foi subitamente ampliado, chegando a 20.000 pessoas, fruto de ocupações ilegais, gerando favelas e grande número de problemas sociais e de saúde para a região em questão.

Apesar dos esforços da prefeitura em melhorar a situação, a população cadastrada dessa área vem crescendo constantemente, e atualmente está em torno de 40.000 pessoas cadastradas, inviabilizando um planejamento adequado de ações efetivas na área com apenas uma Unidade de Saúde. Neste momento estão em andamento a construção de uma Unidade 24h no Distrito do Cajuru e de mais uma Unidade de Saúde, para dividir a área de abrangência da Unidade do Lotiguaçu.

Em consequência dessa superpopulação, havia um excesso de demanda por consultas, gerando pressão constante da administração para o atendimento das mesmas. Além disso, há que se pensar na ausência naquele momento, de uma pactuação clara do processo de trabalho e formação da residência em MFC, que pudesse impor limites aceitáveis sobre qual seria um número adequado de consultas, destinação de tempo para ações comunitárias, visitas domiciliares e

outros procedimentos pertinentes à formação do médico de família. Na falta destes mecanismos norteadores, os residentes eram pressionados em direção da demanda de consultas, sentindo-se explorados e desrespeitados nos seus objetivos de aprendizagem.

*Eu me sentia desvalorizada com o que acontecia no Loti. Era muita demanda e muita pressão pra gente atender. Pressão de todo o lado, da equipe de enfermagem, da autoridade sanitária, da coordenação da residência...eu me sentia humilhada....era assim:...você vai ter que atender, tem que atender, tem que atender, tem que atender! [punho fechado batendo sobre a mesa] (ExR2-6ª T)*

*A gente tinha preceptor 40h com a gente, mas por causa da demanda que era muito grande no Lotiguaçu, a gente não tinha tempo de discutir os casos, de associar a teoria com a prática, fazer a aplicabilidade dos casos (ExR3-4ª T)*

*A gente tinha muito entrave da administração da U.S. Lotiguaçu, do nosso chefe superior [coordenação da residência] ...era muito difícil...a gente não conseguia baixar o número de consultas e a gente não tinha tempo de discutir direito...dificultava até pra gente planejar direitinho as ações..(ExR7-5ª T)*

*O lado ruim foi o Lotiguaçu no sentido da demanda, no sentido do que é a não organização de um serviço..até porque não tem até hoje um 24h por perto [atendimento de urgência dos distritos]....O Dr. Vítor nosso preceptor era ótimo, mas quase não tinha tempo pra gente, coitado!! (ExR5-2ª T)*

O segundo item apontado referente aos plantões hospitalares, tanto pela excessiva carga horária, quanto pela falta de supervisão, será melhor discutido no próximo sub-capítulo, no entanto vale ressaltar que este é um problema comum a todas as residências médicas no Brasil, e tão antigo quanto o início das residências em 1940. Esperava-se que a regulamentação da residência, a criação da CNRM e das COREMEs pudessem acabar com esta situação. Na verdade houve a regulamentação da carga horária que não pode ultrapassar 60h semanais, mas o que realmente tem servido como fator limitador é o movimento nacional dos residentes, que se articula no sentido de coibir abusos por parte dos hospitais (FEUERWERKER, 1998).

O excesso de trabalho, mesmo para o médico que já completou a sua formação, é um fator gerador de estresse e diminuição de qualidade de atendimento, situação que se agrava quando se trata do residente, que sente sua expectativa de aprendizagem frustrada.

O período da residência em si mesmo, já é um fator gerador de estresse por se tratar de fase de transição entre a condição de aluno para o exercício profissional independente, porém as condições de trabalho a que o residente está submetido agravam esta situação, como a sobrecarga de trabalho, medo de errar, privação do sono. Estas condições podem influir na saúde do residente e na maneira como ele vai exercer a profissão no futuro, contribuindo inclusive para desencadear algumas atitudes desumanas e insensíveis observadas no trato de muitos médicos aos seus pacientes.

A Universidade Federal de São Paulo, através da Escola Paulista de Medicina, mantém o núcleo de assistência e pesquisa em residência médica (NAPREME). O principal objetivo desse grupo é dar apoio emocional aos residentes, tentando reduzir o estresse do treinamento, promover o crescimento profissional e pessoal, prevenir disfunções profissionais e distúrbios emocionais dos residentes (UNIFESP- EPM, 1997).

Os distúrbios emocionais relatados como mais significativos são a depressão e distúrbio do sono. Há um quadro sindrômico associado aos residentes, descrito por Small em 1981, denominado *“the house officer stress syndrome”*. Esta síndrome apresenta-se com distúrbios cognitivos episódicos, raiva crônica, ceticismo, discórdia familiar, depressão, ideação suicida e suicídio, uso abusivo de drogas (UNIFESP-EPM, 1997).

Um estudo prospectivo realizado na Escola Paulista de Medicina, com residentes de doze programas de residência médica, apontou como as maiores dificuldades e principais fontes de estresse a quantidade de pacientes, medo de

cometer erros, fadiga, cansaço, falta de orientação, pressão constante, plantões noturnos, excessivo controle por parte dos supervisores, falta de tempo para lazer e família (NOGUEIRA-MARTINS, 1994).

Além dos aspectos referentes à saúde dos residentes, não há como fugir da discussão do aspecto político institucional que permeia as condições de trabalho impostas aos residentes. Feuerwerker (1998), analisando os resultados de Elias (1987), ressalta que :

O principal estudo sobre o processo de institucionalização da Residência Médica em nosso país considera que esta adquiriu papel fundamental como instrumento de prestação de serviços de saúde e que os residentes, como profissionais, passaram a ser atores fundamentais no mundo dos serviços de saúde (públicos e privados).[...]A prestação de serviços teria assumido importância tão grande que comprometeria a caracterização da Residência Médica como processo educacional, já que a lógica da organização dos estágios obedeceriam muito mais às necessidades dos serviços do que às de aprendizagem (FEUERWERKER, 1998, p.61).

Suponho que os dados da amostra, apesar de se referirem a um serviço de Curitiba, devem ser semelhantes a diversos serviços de residência espalhados no Brasil, estando os resultados coerentes com os estudos citados de 1998. Os residentes funcionam como mão de obra, assumindo plantões nos grandes hospitais, muitas vezes sem supervisão, assumindo riscos profissionais para os quais ainda não estão preparados. Esta atuação foge dos propósitos de formação da residência e coloca em risco a qualidade da atenção prestada aos usuários. Alguns informantes enfatizam estas questões.

*[...] Apesar de tudo eu vejo tudo o que teve de ruim, de estresse, de demanda, de ser colocada na porta de frente do P.S. do Cajurú, sozinho, tudo aquilo fez a gente aprender, deixava a gente mais forte. Hoje eu sei resolver qualquer parada ...eu nunca achei que eu recém-formada, fosse estar num hospital de referência, como o Hospital Cajurú, recebendo como porta de entrada os pacientes mais graves de Curitiba, e muitas vezes **sozinha, sem nenhum plantonista!** Um dia minha irmã desmaiou e minha mãe me ligou, meio desesperada perguntando onde é que ela ia, e eu disse, - não sei mãe, mas não vá no Cajurú, porque lá é uma que nem eu que vai ta lá! [muita risada] (ExR2-6ª T).*

*De ruim?...putz!!! é que vieram muitas experiências depois e isso complica um pouco mais, mas mesmo assim...o que era ruim mesmo, principalmente no primeiro ano era*

*essa coisa do Pronto Socorro que era meio ...massacrante assim, isto foi o pior. A questão de ruim não era estar no P.S. , mas a forma como era feito que era meio desumano mesmo! (ExR8-5ª T).*

*No Cajuru por exemplo, o tratamento com os residentes da minha turma...a gente percebia uma certa discriminação... a gente sentia necessidade de uma aproximação que não existia...a gente ficava muito sozinho e com muita responsabilidade no P.S.,mas foi ali que a gente aprendeu emergência de uma forma meio forçada (ExR3-4ª T).*

Os estudiosos do tema residência médica como Elias (1987), Campos (1994) e Feuerwerker (1998) apontam as duas correntes de discussão deste processo denominadas como “pedagógica” e “trabalhista”, de acordo com o foco defendido por elas. As conclusões destes estudos apontam como coerente e necessária a junção dos dois interesses, com normalizações que permitam o desenvolvimento da aprendizagem em serviço, como é realmente a proposta da residência, ...“a tradução dessa singularidade poderia ser o reconhecimento e a valorização do papel do trabalho como instrumento fundamental do aprendizado na Residência Médica. Não existe contradição entre trabalho e aprendizado, nem subordinação de um processo ao outro” (FEUERWERKER, 1998, p.65).

O intento é que o trabalho seja a fonte da aprendizagem, que aconteça a favor dela, orientado e apoiado por supervisão adequada, enquanto que a aprendizagem qualifique cada vez mais a produção de serviços de saúde no SUS. Desse modo, a população usuária do SUS será atendida com qualidade em qualquer momento que necessite de atenção médica.

As outras questões levantadas pelos entrevistados, reportam-se à estruturação desta modalidade de residência médica em Curitiba, da mesma forma como ainda estava sendo estruturada em outras cidades. As queixas feitas pelos residentes de *ter pouco tempo pra a atenção comunitária, falta de base teórica sobre o SUS e principalmente a falta de preceptor médico de família*, são significativas da fase de transição que se passava da construção de um novo modelo de atenção, saindo de um antigo que era voltado prioritariamente para a assistência, para outro que deseja priorizar a promoção de saúde.

Deve se considerar que os profissionais que ocupam os postos de trabalho em saúde atualmente, ainda são originários do paradigma de assistência. Esta é uma das ponderações que são feitas quando dizemos que o SUS está em processo de construção, e na minha opinião é a parte mais difícil do processo. A mudança idealizada pelos pensadores da saúde do Brasil e todo o processo de luta pela reforma sanitária, que ainda está em andamento, pode ser comprometido e desacreditado pela população, se não houver investimento na formação de recursos humanos, na mudança das concepções internalizadas sobre saúde e doença.

A falta de preceptor médico de família foi a queixa concentrada nas primeiras turmas, que foi superada a partir da quarta turma, quando esta função foi ocupada por um ex-residente. Nos quatro primeiros anos do funcionamento da residência, ainda transitava na US Lotiguaçu, o modelo de médico do PSF que viera de uma especialidade básica da clínica e que não conseguia se desligar dela, tornando o atendimento direcionado. Estas atitudes geravam conflitos ideológicos com os residentes que percebiam a inconsistência do modelo aplicado.

Um passo importante para a superação dessas dificuldades deu-se recentemente em 2005, com a publicação das diretrizes básicas para os programas de residência médica em medicina de família e comunidade. Este programa elaborado pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade e publicado pela CNRM relaciona as competências a serem desenvolvidas pelo médico de família e comunidade durante a sua formação e carga horária mínima a ser destinada a cada uma (BRASIL, 2005).

É importante lembrar que a formação do médico de família e comunidade faz-se dentro da estrutura de saúde local, por este motivo a Secretaria Municipal de Saúde, representada pela sua organização gerencial e funcional, constitui-se

num importante ator deste processo formador através dos seus funcionários, autoridades sanitárias e gerentes.

Da mesma forma a população, com todos os seus problemas, na dimensão completa da expressão, interage com os residentes, nas discussões dos conselhos locais, nos momentos de discussão dos grupos terapêuticos e também na ambigüidade das demandas que provocam dúvidas sobre o que fazer, como explicar a situação, como agir em determinado momento. São estes impasses que formam a autonomia profissional, pensada, refletida e compartilhada com os companheiros de trabalho durante a formação, oportunidade privilegiada no período da residência.

#### **4.2.3 Ultrapassando o paradigma do hospital.**

Uma das dificuldades enfrentadas pela residência em medicina de família e comunidade relaciona-se ao hospital. Estas dificuldades foram identificadas de várias formas, desde a maneira como os residentes eram tratados, à carga horária excessiva de plantões. No entanto não há como prescindir da complementaridade do cenário hospitalar para a formação médica, mesmo que esta se destine à Atenção Primária à Saúde.

A divisão da atenção em níveis de complexidade teve a intenção de organizar a assistência, mas mantendo a integração entre eles. Esta nova maneira de trabalhar em saúde não encontrou apoio na rede hospitalar, que continuou por muito tempo trabalhando segundo seus próprios manejos. Apesar de prestarem serviços ao SUS, os hospitais continuaram trabalhando desvinculados das Unidades de Saúde, dificultando o sistema de referência e contra-referência (FEUERWERKER, 1998).

Percebe-se que essa desvinculação da rede de atenção básica provoca distorções na formação dos residentes das especialidades vinculadas ao hospital, que se formam dentro dos paradigmas restritos de doença enquanto entidade clínica, extrema especialização do saber médico e limitação dos saberes ligados à promoção de saúde e prevenção de doença. Além disso, os residentes têm pouca oportunidade de interagir com outros profissionais de saúde. Apesar do hospital ser um local multidisciplinar, a divisão de áreas de atuação é rigorosa e qualquer aproximação pode ser julgada como interferência.

A maioria dos residentes não conhece a rede de serviços ligada ao município, seus recursos, atividades desenvolvidas, como se operacionalizam a territorialização, o planejamento em saúde, as pactuações das conferências e o próprio papel do hospital na estrutura do sistema. Acredito que ter essa visão do conjunto, ajudaria na concretização das ações de saúde em qualquer espaço em que elas ocorressem.

No caso da residência em MFC, convivemos com duas realidades de residência, aquela que acontece nas Unidades de Saúde e a que acontece nos hospitais, que os residentes de MFC vivenciam durante seus estágios. A diferença é compatível com as diferenças de paradigma que regem os dois cenários.

Os residentes de MFC precisam do hospital para sua formação em emergências clínicas e assistência ao parto, além do acompanhamento de internações clínicas. Os depoimentos mostram que esta interação com o hospital aconteceu de forma difícil, porém habilidosa e negociada.

*A gente queria passar pelo hospital, pela clínica e pelo P.S, mas o pessoal da clínica não queria deixar a gente entrar..então o que nós fizemos? Nós começamos a fazer plantão no P.S. do Cajuru e como nós não somos trampolim prá nada [residência pré-requisito para outra residência], nem pra nefro, nem pra cardio, pra nada, os caras deixaram a gente lá...Os residentes da clínica médica, queriam fazer outras especialidades, pneumo, cardio...e quando era o ambulatório deles? de manhã. Mas de manhã eles tinham que cobrir o P.S. Então nós dissemos ...- é assim...nós cobrimos o P.S e vocês abrem a*

*enfermaria pra nós...então eles acabaram cedendo e a gente conseguiu fazer visita na enfermaria (ExR9-2ª T).*

Na metade do ano de 2001, acontece uma situação que foi considerada muito positiva pelos relatos dos residentes. A PUCPR passa a administrar através de um convênio, o hospital do município de Pinhais, na área metropolitana de Curitiba. Tratava-se de um hospital comunitário, portanto de média complexidade, de pequeno porte e que tornou-se o local do treinamento hospitalar da residência em medicina de família no período de 2001 a 2003.

Apesar do excesso da carga horária hospitalar relatada pela maioria dos residentes como algo negativo, a experiência neste hospital, apelidado por eles de “hospitalito”, é referida pela maioria deles como muito boa, sendo mencionado por muitos entrevistados da 4ª turma e da 5ª turma como um dos pontos positivos do seu período de residência.

Na formatação do programa dessas duas turmas, o primeiro ano da residência acontecia na US Lotiguaçú e no Hospital Cajurú e o segundo ano inteiro no Hospital de Pinhais, o que justifica a queixa de excesso de hospital.

Através dos depoimentos, pude perceber que o ponto forte deste hospital era a forma como os residentes se sentiam com relação ao processo de trabalho dentro do hospital. Eles eram os únicos residentes deste hospital, o que criou uma sensação de domínio, autonomia e resolubilidade, contribuindo para a auto-estima profissional, o que não acontecia em outros hospitais onde atuavam antes.

*Na metade do meu primeiro ano, a PUC ficou responsável pelo hospital de Pinhais, que era um hospital comunitário e a nossa residência foi tomar conta de lá. A gente montou um esquema que era pra tomar conta de lá. Os R1 ficariam no posto, em Guaraqueçaba, no HUC e os R2 ficariam todos no hospital de Pinhais, passando pelas quatro cadeiras..(ExR6- 4ª T).*

*..O que foi bom? Foi bom que eu aprendi pediatria, clínica médica, ginecologia. Aprendi algumas coisas também na U.S. como médico da atenção primária, médico generalista*

*numa visão mais integral. Dá pra considerar os preceptores que eu tive que foram bons e o hospital de Pinhais que a PUC administrava na época e a gente cresceu muito lá dentro..(ExR3- 4ª T).*

*O que tinha de interessante e de bom é que o hospital de Pinhais era nosso, só nosso e a gente tocava. Então éramos muito respeitados naquele hospital. A relação com a equipe do hospital era muito boa, tanto de respeito quanto de amizade, de cuidado. Todos ajudavam a cuidar dos pacientes, fazendo coisas incríveis! (ExR4- 5ª T).*

*O que era muito legal é que era um hospital da nossa residência, onde a gente via tudo. É muito legal você poder fazer o parto e ver a mãe e o neném no dia seguinte..atender a toda a família (ExR7-5ª T).*

O conjunto das informações fornecidas pelas entrevistas me fez entender que a excessiva carga horária hospitalar, apesar do acréscimo importante do conhecimento de clínica médica, prejudicou o aporte de conhecimentos relacionados à atenção primária, diminuindo o tempo para as ações comunitárias.

Outro questionamento levantado após os depoimentos, é saber qual seria então o tipo de hospital adequado para a formação do médico de família, visto que os grandes hospitais universitários prestam-se a um tipo específico de situações a eles encaminhados após o atendimento em nível preliminar.

O I Seminário Nacional sobre Residência Médica, realizado pela CNRM em 1999, no seu relatório final, discutiu a especialização médica no campo da saúde coletiva. Naquele momento haviam duas modalidades de residências credenciadas voltadas para este campo, a Medicina Geral e Comunitária e a Medicina Preventiva e Social. Os programas das duas especialidades eram muito semelhantes entre si, razão pela qual em 2001, ambas se fundiram na especialidade denominada de Medicina de Família e Comunidade.

A discussão no seminário buscava definir os campos de ação e cenários adequados à formação das duas especialidades. Hoje temos claro o campo de ação, mas os cenários de formação ainda precisam ser melhor discutidos, dadas

as relevâncias assumidas em alguns aspectos por determinados sistemas estruturantes.

O campo de ação da medicina de família e comunidade é a Atenção Primária à Saúde e o seu cenário é a comunidade, traduzida no bairro, na área de abrangência, na população cadastrada. O principal equipamento de saúde da APS é a Unidade de Saúde, local que se torna a referência de saúde da comunidade, mas além dela, há necessidade da estruturação de saúde local, no ideário do processo de distritalização da saúde.

Mendes (1999) discute o Distrito Sanitário como uma concepção ideológica, política e técnica de processos de transformação das práticas de sanitárias. Tomando neste momento a dimensão técnica, partindo da divisão topográfica e gerencial, o Distrito Sanitário representa avanço na organização dos serviços de saúde em uma determinada área de ação.

A Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba incorporou o processo da distritalização e hoje trabalha com nove distritos sanitários. O distrito que melhor desenvolveu a Estratégia Saúde da Família, foi o Distrito do Bairro Novo, que conta atualmente com nove Unidades de Saúde da Família, uma Unidade 24h, um centro de especialidades e um Hospital Comunitário com 60 leitos.

Analisando a construção de um novo modelo e a formação de recursos humanos que lhe faça frente, uma idéia interessante seria formar o médico de família dentro da concepção completa do Distrito Sanitário, utilizando-se exclusivamente de seus cenários e equipamentos para tanto.

### 4.3 Olhando para frente: contribuindo com o programa.

#### 4.3.1 A residência ideal.

Diz-se que olhar para o passado é a melhor forma de se planejar o futuro. Esta é a minha expectativa com relação a este empreendimento de estudo e por isso a pergunta que embasa este capítulo: como seria então uma boa residência em medicina de família e comunidade? O que você mudaria no programa, considerando a sua experiência como residente e hoje como médico de família?

As principais respostas são mostradas no quadro abaixo por ordem de frequência.

**Quadro 6: Demonstrativo de sugestões de Mudanças para a Residência**

<b>Sugestão de mudança</b>	<b>percentual</b>
1- Mais tempo na U.S. e menos no Hospital.	80%
2- Preceptor médico de família.	70%
3- Trabalhar princípios de MFC e APS.	60%
4- Diminuir o número de consultas.	50%
5- Mais discussão sobre o SUS.	30%
6- Mais práticas comunitárias.	30%
7- Hosp. Comunitário para os estágios.	20%

A história da construção do novo modelo de atenção à saúde no Brasil, trouxe outra lógica para a organização das ações. A implementação dos conceitos de Atenção Primária à Saúde e a mudança da estrutura gerencial, saindo da esfera federal para a esfera municipal, destinaram uma posição de destaque ao antigo postinho de saúde.

Durante a minha vivência como médica, algumas vezes perguntei aos meus colegas a razão de chamarem a Unidade de “postinho”. Ouvi algumas respostas interessantes, como “sei lá!”, ou “é um termo carinhoso”, ou “porque é pequeno”, mas o que sempre me chamou a atenção, era o lugar que “o postinho” ocupava no espaço de sua vida profissional.

Entre comentários e conversas, ouvi muitas vezes, na exata expressão da qual me utilizo a seguir, o que o trabalho na UBS representava para alguns colegas no período pré SUS e alguns ainda no pós SUS: *isto é um “bico”*. Esta expressão usada na linguagem coloquial demonstra depreciação ao trabalho, pouca importância atribuída. É também significativa de poucos ganhos financeiros, ou conforme o dicionário Aurélio “emprego subsidiário, pouco rendoso”. Está claro que a forma de considerar o postinho, era a forma de considerar a saúde pública.

Ao ouvir como primeira sugestão dos ex-residentes, que o tempo destinado à Unidade de Saúde deveria ser incomparavelmente maior que aquele destinado aos estágios hospitalares, concluo que finalmente o “postinho” ganhou o seu devido lugar na estrutura de saúde, ou que finalmente chegamos a uma lógica sensata, ao entendermos que a atenção à saúde precisa estar próxima das pessoas.

*Uma mudança...eu ficaria localizada numa Unidade de Saúde, para se criar um vínculo com a população. No nosso tempo a gente trocou muito. A gente foi de Curitiba pra Pinhais, de Pinhais pra Colombo....ficaria num lugar só. Diminuiria a demanda pra dar tempo de se discutir os casos (ExR2-6ª T).*

*[...]primeiro a Atenção Primária deveria ser a maior parte do cronograma. No nosso caso não foi assim. Este era bem o fato que a gente mais brigou até o final, que deveríamos passar mais tempo na Unidade de Saúde (ExR4-5ª T).*

Interpreto a relevância que a Unidade de Saúde assumiu na estrutura de saúde como um indicador do poder que o município assumiu no gerenciamento das ações de saúde da população.

A municipalização da saúde pode ser entendida como uma determinação legal, imposta pela Constituição Federal que diz no artigo 30, item VII que compete aos municípios, com a cooperação técnica e financeira da União e dos Estados, prestar serviços de atendimento à saúde da população, ou ainda como a aplicação do princípio operacional da descentralização. Porém o principal motivo pelo qual a municipalização se tornaria incontestável não foi a legislação, mas a lógica do fato social, como analisa Mendes :

[...] Porque os cidadãos nascem, crescem, vivem, adoecem e morrem no município. União e estados são abstrações absolutamente imprescindíveis, mas inquestionavelmente recortes abstratos de conformação de territórios político-administrativos; Porque é no espaço social, definido pelo município, que a autoridade sanitária em endereço certo e sabido e onde adquire rosto visível e acessível aos cidadãos (MENDES, 1999, p. 115).

Além de ser, de certa forma, um símbolo da mudança de gestão e de paradigmas da saúde, vejo que a Unidade de Saúde, tal qual a escola municipal, se constituiu num espaço democrático de decisões e de saberes. Lá acontecem as reuniões de grupos terapêuticos, as reuniões gerenciais, as capacitações de equipe, e também as reuniões dos conselhos locais de saúde. Nesta situação tão próxima e integrada à comunidade, o retorno de opinião do cidadão é imediato, seja através da condição de paciente, no sentido de estar sofrendo, ou na condição de usuário, que por diversos motivos procura a unidade de saúde.

A dinâmica do trabalho de uma Unidade de Saúde é singular em proporcionar a vivência dos três aspectos da produção de saúde: promoção, proteção e recuperação da saúde, por isso ela é o cenário principal da formação de todos os profissionais que querem atuar em APS. Dentre estes profissionais, é importante se destacar o médico, por ser este profissional um ator social

reconhecido pela população como imprescindível em qualquer contexto de trabalho em saúde.

O investimento na formação do médico, a partir de uma visão que contemple os princípios da APS, territorialização, bases conceituais do SUS, é condição fundamental para a mudança. A posição de poder concedida pela sociedade ao profissional médico faz dele um formador de opinião importante na estrutura da saúde, porque a sua voz é ouvida. Portanto é essencial que se reconheça que não se fazem mudanças efetivas na saúde, sem mudar o pensamento médico e sem a sua participação. Este investimento tem seu ápice na residência médica em medicina de família e comunidade.

*[...] quando um ator, que teoricamente tem muita influência na sociedade, no caso o médico, não compreende o que é que é isso, parece que nada flui, então este ensinar da residência cumpre em grande parte este papel que é a gente ensinar a população, que não é só atendimento...é toda uma política de saúde que tá aqui pra você...(ExR1- 5ª T).*

*O nosso papel é primordial dentro de uma equipe de saúde. A equipe de saúde precisa do médico e precisa que o médico esteja apto para lidar com a equipe, a lidar com a comunidade e a tentar gerenciar a comunidade como um todo. Os pacientes que vão à unidade e também os que estão em casa que precisam também ser olhados. O papel do médico de família não é só dentro do consultório, é olhando a comunidade de uma maneira integral (ExR4- 5ªT).*

As sugestões apresentadas pelos entrevistados se concentram no preparo para o desenrolar da prática do médico de família, por este motivo se destacam o tempo maior na unidade e os princípios da medicina de família e da APS, sendo ensinados por um médico de família.

A lógica desta sugestão é clara enquanto se considera um curso de residência em medicina de família, porém ela é mais abrangente do que a delimitação dos saberes específicos. Ela envolve uma ideologia relacionada ao modo de pensar a saúde e a doença, ao gerenciamento das ações locais e à forma específica de conduzir os procedimentos, conforme demonstra o depoimento a seguir.

*Eu acho que a formação deve ser feita por médicos de família sempre. Eu questiono ginecos, pediatras, estarem ministrando aulas...isso é uma matriz antiga. Hoje nós temos profissionais pra isso, porque o olhar é diferente, a maneira como aborda é diferente. É legal ter o especialista que vai até a unidade de saúde para tirar dúvidas pontuais...mas fora isso tem que ver as questões sociais, o discurso, a antropologia, os princípios, o olhar...estas questões mais filosóficas...isto é que é a residência...o olhar crítico, o fazer chacoalhar (ExR9-2ª T).*

Esperava que todos dissessem que o número de consultas deveria ser menor, já que todos se queixaram do grande número de consultas que dificultava a reflexão do trabalho, no entanto, apenas a metade dos entrevistados se expressou claramente com esta sugestão de mudança, talvez por considerarem as outras sugestões como mais importantes, ou porque na realidade da prática profissional, entenderam que mesmo esta situação difícil proporcionou experiência e desenvolvimento de habilidades, que é um dos objetivos da residência.

Analisei como muito pertinente a sugestão de se “*ter mais discussão sobre o SUS*”. Na minha opinião todas as modalidades de residência deveriam ter como obrigatórios em seus programas, as bases teóricas e fundamentos do SUS. Não se pode aceitar a formação médica no Brasil alheia ao sistema público de saúde, ou utilizando-se dele apenas como instrumento de aprendizagem, sem a formação do compromisso social, da co-responsabilidade gerencial e de resultados.

No caso da especialidade medicina de família e comunidade, a sua relação com o SUS e com a Atenção Primária à Saúde no Brasil é tão próxima, que seria difícil dissociá-los nos aspectos históricos e ideológicos. A proposta é que estas conceituações caminhem juntas no sentido de consolidar o sistema, levando a termo as reformulações necessárias à completa concretização do SUS.

#### **4.3.2 O médico de família e comunidade e o SUS.**

A estratégia para a viabilização da Atenção Primária no Brasil tem características singulares. Em vários aspectos assemelha-se a outros programas de Atenção Primária desenvolvidos na Europa e Canadá, mas a sua fundamentação desde o início obedece a princípios democráticos, que influenciam a gestão em diversas frentes. Uma dessas frentes é a gestão e planejamento dos problemas locais de saúde (WESTPHAL, 2001).

O modelo brasileiro não é centrado na pessoa do médico, por isso a decisão de denominá-lo de programa saúde da família e não de programa médico de família, como alguns países o denominaram (DUNCAN, 2004). O que norteou esta decisão foi o entendimento de que a produção de saúde não é feita somente pelo médico, mas do conjunto de vários profissionais da saúde e que estes devem partilhar um espaço democrático de discussões e de decisões das questões de saúde da população.

Neste modelo, o médico assume uma outra posição na prestação de serviços à população, ele é um dos membros da equipe de saúde. Interpreto esta experiência como proveitosa para o médico em todos os sentidos, como também para os outros profissionais de saúde. Primeiro pela prática da interdisciplinaridade que abre oportunidades de integração e compartilhamento de saberes, isto sem comprometimento da autonomia e da função de cada profissional e segundo, pela divisão de poderes e de responsabilidades no campo de trabalho.

Apesar destes aspectos tão positivos, este modelo não é incentivado durante a formação médica e por isso não é facilmente aceito por esta categoria profissional. O ambiente hospitalar, que ainda direciona o modelo de formação médica, coloca o médico em destaque por sujeitar todas as ações às prescrições

médicas. O próprio termo “prescrição” já é em si mesmo conotativo de ordenação formal, algo que não pode ser discutido, devendo ser cumprido rigidamente.

A lógica da atenção à saúde na atenção primária é totalmente diferente da lógica hospitalar, por isso ela inspira modos operacionais diferentes e coerentes com as suas demandas. Para dar conta desta nova lógica de trabalho, há necessidade de profissionais com formação adequada a este novo modelo.

Esta adequação na minha opinião ultrapassa a aquisição de métodos e manejos de trabalho. Há necessidade de se ter um encontro ideológico entre o SUS, a Atenção Primária à saúde, a medicina de família e a ideologia pessoal do médico que se propõe a fazer parte deste empreendimento. É antes de tudo um encontro de ideais e convicções, a exemplo da afirmação que diz que saúde é um direito da pessoa. Para que este discurso seja transformado em ação, não é suficiente a mudança do modelo de gestão, ou mesmo dos processos institucionais vigentes. A mudança deve ocorrer nas internalizações conceituais do que é realmente saúde e o que é ser pessoa ou ser humano.

Quando o INAMPS foi substituído pelo SUS, aqueles que não estavam diretamente envolvidos com as discussões do movimento sanitário pensaram que seria apenas mais uma troca de siglas, uma estratégia muito usada na política quando se quer marcar o início de um novo programa de governo. Felizmente não era este o caso do SUS. Havia sim diferenças marcantes entre os sistemas e a principal estava na ideologia que embasava o direcionamento do trabalho que seria efetuado a partir de então. Foi isto que levou o SUS a sobreviver à “inampização” da fase de transição e iniciasse realmente o processo de construção de um novo modelo (AROUCA, 2001).

A discussão a respeito da implantação da proposta da formação do médico vislumbrando a atenção coletiva vem acontecendo desde a década de setenta, mas somente adquiriu importância após a implantação do PSF.

No plano internacional, a discussão sobre o trabalho do médico de família ganha proporções maiores, não sendo um tema referente apenas aos países pobres, ou uma articulação ideológica de esquerda, mas uma proposta de atenção médica que pretendia resgatar princípios importantes como a humanização da medicina, aliada a uma proposta integradora de cuidados individuais e coletivos (CAMPOS, 2001).

O SUS seria colocado em risco se persistissem as formas de pagamento por procedimento e se o modelo de atenção não tivesse uma estratégia clara de implementação de trabalho, incluindo uma mudança dos profissionais, principalmente do médico, que era o principal foco do antigo sistema.

Como o médico de família se vê dentro deste contexto do SUS, como identifica o seu papel de médico, o exercício de sua profissão diante das demandas desencadeadas por esta nova forma de se perceber saúde e doença, são determinantes ao meu ver, para evitar as distorções do modelo e principalmente, para que o sistema funcione. Esta marca ideológica é que define o lugar do médico de família neste contexto, conforme mostram os depoimentos seguintes:

*[...] então esta posição do médico de família frente a toda esta estrutura do SUS é essencial. Talvez seja até o ator mais importante em toda esta construção de uma coisa que é quase utópica porque a gente vai ter que fazer este troço virar realidade, que é a atenção primária à saúde. Uma experiência pessoal, na outra cidade em que eu estava, entre as 15 equipes do município, somente dois que tinham especialidade com residência. Nas reuniões discutia-se o funcionamento da U.S e eles achavam que o acolhimento não era importante, que deveria se atender os 14 primeiros da fila, tipo quem chegar primeiro vai....chega a dar mal estar na gente...um desespero...porque eles não entendem estes princípios, que isto é fundamental. Não tinha como eu atender bem, se o restante da U.S. não sabe pra que serve, como deve funcionar (ExR1- 5ª T).*

*Eu consigo trabalhar, eu consigo fazer as coisas como o SUS diz, ou melhor.... eu tento....mas acho que tudo está engatinhando ainda, tem muito a melhorar. Acho que medicina de família e as definições do SUS pra mim são quase sinônimos, acho que andam lado a lado....Não consigo colocar o SUS dentro do hospital...porque o SUS é atenção primária mesmo...(ExR2-6ª T).*

*O SUS não vai voltar atrás, só tem que ir pra frente e o braço e a perna do SUS hoje é o saúde da família...o que sustenta tudo isso é justamente o médico de família. As enfermeiras e auxiliares podem fazer os programas também e fazem muito bem feito, mas precisa ter a presença do médico porque às vezes não vai....e nem se fala numa unidade de saúde sem médico !! então eu me sinto feliz...está melhorando e vai ficar melhor ainda, porque sei que o PSF e o SUS vieram pra ficar (ExR5-2ª T).*

Apesar do modelo brasileiro não ser centrado no médico e sim no trabalho da equipe de saúde, é inegável o impacto da presença do médico na equipe tanto pelas características de seu desempenho profissional, quanto pelo reconhecimento e credibilidade sociais imputados ao seu papel.

Estudos internacionais apontam cinco características de sistemas de saúde que se interpretam como associadas aos bons serviços de atenção primária. São elas: a distribuição geográfica de profissionais e instalações de saúde de acordo com as necessidades da população; o tipo de médico designado como médico de atenção primária; os honorários profissionais dos médicos de atenção primária em relação a outros especialistas; o número de médicos de atenção primária em relação a outros especialistas; a extensão da cobertura dos serviços de saúde (STARFIELD, 2001).

Os fatores destacados em relação ao médico de atenção primária, precisam ainda ser levados em conta no Brasil. Quando se considera o tipo de médico que está na atenção primária, inserido na estratégia do saúde da família, talvez o ponto mais importante a se discutir sobre este profissional, não seja se ele fez ou não fez uma residência em medicina de família, até porque as circunstâncias de implantação do PSF e a evolução histórica da medicina de família no Brasil, não permitiram que se tivesse número suficiente destes especialistas com residência, mas o principal ponto é se este profissional gosta de trabalhar na atenção primária e se quer continuar nela. Esta decisão define a busca pela melhora da capacitação, quer seja no formato de residência ou de cursos de especialização, ou ainda de capacitações específicas em áreas que sejam identificadas como mais frágeis na sua formação de origem.

A implementação de legislação de apoio aos profissionais que atuam em atenção primária, planos de carreira, valorização financeira de título de especialista e de curso de residência médica em medicina de família e comunidade são alguns recursos importantes para melhorar a motivação profissional e com isso promover a fixação de profissionais no PSF. É justamente esta fixação que gera características determinantes do funcionamento da estratégia como a vinculação e longitudinalidade da atenção.

Considerando o bom resultado que tem tido a Estratégia Saúde da Família no Brasil desde a sua implantação em 1994, levando em conta o grau de satisfação do usuário, a diminuição da mortalidade infantil e melhora de outros indicadores, fico a pensar em como estes resultados se apresentariam se tivéssemos mais médicos comprometidos com a atenção primária, com o SUS, sua ideologia e operacionalidade, visualizando a rede de atenção como um todo, fazendo funcionar um bom sistema de referência e contra-referência.

Quando se pensa no papel do médico de família na consolidação do SUS, é necessário lembrar que a sua atuação diminui os custos do serviço. Todos os gestores sabem que através da atenção primária de qualidade, se consegue diminuir os custos da atenção terciária. Um bom acompanhamento dos casos de infecção urinária de repetição em crianças diminuiriam os gastos com hemodiálise em adultos, e ainda, o controle do paciente hipertenso ou diabético, evitaria que eles viessem a necessitar de serviços de alta complexidade, ou que sofressem limitações graves em decorrência de complicações preveníveis, sobrecarregando o sistema previdenciário.

Interessante notar que esta visão de racionalidade de recursos chamou a atenção de empresas de medicina de grupo, que passaram a adotar na sua lógica de atenção, o médico clínico de família e serviços de cuidados em domicílio. O resultado da somatória entre qualidade de atenção e racionalidade de recursos é

sem dúvida atraente, porque se traduz na satisfação do cliente e da empresa. Estas empresas têm se mostrado um mercado de trabalho promissor do setor privado para médicos de família, embora que algumas delas tenham adotado um sistema de custos que passa uma mensagem ambígua ao cliente quanto ao valor da assistência prestada pelo médico de família, como cobrar menos pelo plano, se o cliente aceitar ser atendido inicialmente pelo médico de família e cobrar mais se o cliente quiser ter acesso direto ao especialista de sua escolha.

Promover o uso racional de recursos, porém com compromisso com a qualidade da atenção e respeito aos direitos do cidadão deve ser o compromisso da gestão do SUS em suas várias instâncias. O médico de família deve ter este compromisso como uma de suas habilidades desenvolvidas para atuar na APS.

Dentre as muitas faces da atuação do médico de família no SUS, está o compromisso de modificar o processo de trabalho, o seu próprio e da sua equipe. A medicina tem o privilégio de estar em destaque nas discussões de saúde devido à sua história e sua inserção social no mundo inteiro, por isso uma significativa mudança na formação médica, levaria também a uma mudança na formação dos outros profissionais de saúde. Assim também, percebo que o trabalho médico, a ideologia que o direciona e a forma como acontece dentro da Unidade de saúde, influencia os outros profissionais. O depoimento seguinte é concordante com este pensamento.

*Eu tenho esperança...é o seguinte...vou citar a 5ª turma como exemplo. Dessa turma tem três mestrandos em saúde pública....seguiram...não largaram a ponta, porque a ponta traz reflexão, continuam trabalhando...tem uma que está em Mossoró, tem outros que estão na docência como preceptores de medicina de família...então ...assim ...eu tenho esperança que se você cria um modelo que atende mais a necessidade, que faz o médico entender qual o seu papel social como profissional de saúde, eu te garanto que passa a ter sucesso. Aí a pedrinha vai rolar e ...aí...a gente não sabe a consequência disso aí. A gente pode até ter esperança de médicos que podem um dia até questionar a própria medicina. Nós os médicos de família... a gente não é tão corporativo. São profissionais que aceitam outras disciplinas junto, a multiprofissionalidade, que estão discutindo com a comunidade, que participam do conselho local de saúde, outras racionalidades...então ele é um profissional com grande potencial....mas precisa ser bem formado (ExR9- 2ª T).*

Quando falamos da atenção médica no SUS, não podemos esquecer que ela acontece em todos os níveis de atenção, porém é na atenção primária que se encontram as principais mudanças que caracterizam o novo modelo de atenção. Temos que reconhecer também, que é na atenção primária que podemos observar a presença de maior incoerência entre aqueles que atuam como médicos de família.

Mesmo trabalhando como médicos de família, observa-se que alguns médicos não se desvincularam do antigo modelo de atenção. Esses médicos estão nas equipes do PSF, mas se colocam alheios ao processo de discussão, limitando-se à prática do trabalho médico restrito aquilo que entendem ser a sua obrigação de médico. Estes profissionais limitam a sua busca e seu crescimento neste campo de estudo e não assumiram a medicina de família como a sua especialidade.

O médico de família bem formado, que se coloca na linha de frente dos problemas de saúde da comunidade, sabedor do seu papel e função, torna-se um ator importante para a consolidação do SUS, atuando como facilitador da discussão, contribuindo com a crítica consciente, partindo do conhecimento da realidade vivenciada no seu cotidiano.

Por causa destas implicações que afetam a afirmação e a consolidação do SUS na sua prática, há necessidade de interferência no direcionamento de recursos humanos para atender as necessidades da formação dos profissionais de saúde, sobretudo do médico, para que este encontre na atenção primária um ambiente estimulante de atuação, com valorização pessoal e profissional.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A minha motivação para este trabalho partiu de duas fontes. A primeira refere-se ao SUS, sua ideologia e o que ele representa em avanço no gerenciamento e provimento em saúde para a população brasileira. Posso afirmar, mesmo correndo o risco de ser tomada como piegas, que gosto e que acredito no SUS. Estudei, me formei e trabalhei ainda na vigência do antigo INAMPS, portanto tenho uma referência pessoal de comparação.

Quando falo no progresso que o SUS representa, também me reporto a uma história de minha família, que marcou a minha memória e que de certo modo repercute nas minhas formulações interiores da importância dos termos universalidade, equidade e integralidade. Trata-se da história da minha avó, dona Maria Feitosa Santos, chamada por todos que a conheciam de dona Mariazinha.

Mariazinha nasceu provavelmente em 1901, nós não sabíamos ao certo porque ela não tinha registro de nascimento, mas calculava a sua idade pelo relato das grandes secas. Ela dizia ter certeza de sua idade, porque lembrava-se que um de seus irmãos havia nascido na seca de 1915, e ela sabia que era 14 anos mais velha do que ele. Nascida na cidade do Crato no Ceará, era analfabeta, mas tinha aprendido a costurar muito bem e dessa forma provia o seu sustento.

Casou-se duas vezes e teve dez filhos e aí começa a parte mais comovente e representativa da história, ela perdeu nove dos seus filhos. A sua primeira filha morreu adulta, acometida de crises convulsivas constantes e transtorno mental, mas todos os outros filhos morreram recém-nascidos.

Ela me contava, e ao se recordar sempre chorava, que ela já havia perdido a esperança de criar mais uma vez um filho, porque todos morriam em torno de dez ou 15 dias de vida. Algumas de suas comadres sugeriram que ela fizesse promessa com São José, protetor das famílias e assim ela o fez. Colocava

os nomes de José ou Josefa, mas os filhos continuavam morrendo. Resolveu trocar de santo, recorreu a São Geraldo, porque lhe diziam que este era um santo eficiente, mas os Geraldos e Geraldas continuavam vindo e indo tal qual os Josés e Josefas. Então resolveu se apegar aos dois santos ao mesmo tempo e colocou o nome de José Geraldo no seu oitavo filho, mas ele também morreu.

Ela contava que não sabia mais o que fazer – *“As criancinhas nascia com os zóin esquisito, parecia que eram cego, outros tinha pus nos zóio. Outros chorava tanto que eu não podia nem segurar pra trocar os pano”* – ela tinha a percepção que havia uma doença, mas não tinha idéia do que poderia ser a causa das mortes dos filhos.

Após o parto e morte do oitavo filho, ela ficou muito mal, quase à morte. Então a mulher que era proprietária da fazenda onde ela morava também adoeceu e precisaram chamar um médico. Quando ele foi atender aquela senhora, ela pediu que ele fizesse a caridade de ver também a Mariazinha, mulher que era recém-parida e estava muito doente, quase a ponto de morrer. Este colega atendeu minha avó, a examinou e perguntou se ela era uma mulher direita ou se era uma “mulher dama”. Todos afirmaram que ela era uma mulher direita, casada. Então o doutor mandou chamar o marido e questionou-o sobre a sua saúde. Ele medicou minha avó e ela sarou.

Lembro-me do grande valor que minha avó passou a atribuir aos médicos a partir daquele episódio. Ela sempre dizia que nunca poderia imaginar o quanto sabia um “dotô “ porque aquele médico, utilizando-se apenas de uma injeção a havia curado. Vale dizer que após estes fatos ela separou-se do seu marido. Algum tempo depois se casou novamente e nasceu minha mãe, e depois mais um filho, mais uma vez chamado José que morreu também depois, segundo ela, de outra doença.

Minha avó morreu com mais de oitenta anos, minha mãe em breve fará setenta e tenho certeza que ainda não conseguimos impedir que histórias semelhantes a esta se repitam nos nossos diversos sertões de norte a sul.

Algumas vezes transporto a história de minha avó para os dias de hoje, e fico a pensar que se ela fosse cadastrada numa área coberta por uma equipe da Estratégia Saúde da Família, sua história teria sido diferente. Imagino que ela não teria tantos filhos porque estaria sendo orientada sobre planejamento familiar. Tenho certeza que ela faria acompanhamento pré-natal e teria a detecção precoce e tratamento de DSTs. Por certo seus partos seriam realizados num hospital, e um médico iria à sua casa para avaliá-la no pós parto, mas não seria por caridade e a puericultura dos seus bebês evitaria as mortes por outras doenças e acima de tudo, estas ações evitariam muita dor e sofrimento.

O SUS apesar de universal, ainda não conseguiu chegar em todos os lugares com suas ações, mas tem um rumo a seguir. Existe uma ideologia fundamentando as ações, a estrutura legal também está pronta, a consolidação do sistema está em andamento em diversas frentes, sendo uma delas a formação de recursos humanos, e esta é a minha segunda motivação para realizar este trabalho. Neste momento trabalho com a graduação e com a residência médica em medicina de família e comunidade e percebo que há um grande desafio para todos que estão envolvidos com a formação médica neste país.

Queremos superar o antigo modelo de atenção, mas formamos os nossos profissionais seguindo os antigos paradigmas. Falamos de promoção de saúde, mas como uma conceituação tão vaga que é difícil associá-la à prática e acima de tudo, valorizamos mais o conhecimento sobre a doença do que os recursos para implementar a saúde.

Enquanto realizava as entrevistas com os egressos participantes da pesquisa, conversava com os atuais residentes da medicina de família. Suas

ponderações foram muito semelhantes as que eu encontrei por parte daqueles que já haviam terminado o programa. Senti necessidade de reformular o programa conforme as sugestões levantadas pelos depoimentos e neste ano, a partir de fevereiro algumas mudanças aconteceram no programa da residência e estão sendo aplicadas, como consequência desta pesquisa. Ainda este ano, planejamos fazer a reformulação do Projeto Político Pedagógico da residência, para que em 2007, os novos residentes já o encontrem pronto. Este novo PPP será discutido com toda a equipe de preceptores da residência, representantes da SMS Curitiba e com os atuais residentes.

O programa da Residência funciona atualmente na rede municipal de Curitiba, inserido em cinco Unidades de Saúde, sendo quatro Unidades no distrito do Bairro Novo e ainda na Unidade do Lotiguaçú, no distrito do Cajuru. O residente cumpre **80%** da sua carga horária na Unidade Básica de Saúde e **20%** nos estágios hospitalares. O estágio em emergência tem preceptor médico de família, ex-residente com formação em pneumologia. Foram feitas pactuações com a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba a respeito do número de consultas que seria adequado ao residente, para que tivesse tempo para discutir os casos com seus preceptores. Todos os preceptores são médicos de família, ex-residentes de programas de residência em medicina de família e comunidade.

A inserção na SMS Curitiba desde o início do R1 aconteceu a partir de fevereiro de 2006 e tem sido muito positiva para o programa. A idéia é manter o residente na UBS por 21 meses e depois colocá-lo nos estágios hospitalares por 3 meses. Isto permitirá que o residente faça vínculo com a comunidade durante o seu período de aprendizado e ao mesmo tempo, possa aproveitar a experiência gerencial e a estrutura da rede básica da SMS Curitiba, além da convivência com os vários profissionais médicos e não médicos. Observo que há uma certa contaminação das discussões dos residentes com os outros colegas médicos durante as reuniões de equipe. Há um partilhar das idéias e dos conhecimentos entre todos os médicos, residentes e profissionais da rede.

O preceptor não tem agenda de atendimento, portanto fica à disposição do residente. Em todas as unidades de saúde da residência, o preceptor tem servido de apoio aos outros médicos, discutindo e esclarecendo dúvidas, atendendo consultas de encaixe, acima de tudo, estabelecendo uma troca muito construtiva para o serviço de saúde.

Noto que os residentes estão motivados, as discussões do SUS são desencadeadas pela prática, mas há ainda espaço para outras mudanças. Uma delas relaciona-se ao cenário da formação.

Seria muito interessante que a formação do médico de família pudesse ocorrer inserida inteiramente no Distrito Sanitário, incluindo a formação hospitalar. Isto poderia acontecer mediante a disponibilidade de um hospital de pequeno porte, como é o caso dos hospitais comunitários, onde ocorrem partos, internações clínicas de adultos e crianças. Neste caso o grande hospital seria utilizado como apoio para referência de casos graves. Para o treinamento da urgência e emergência, a Unidade vinte e quatro horas seria o cenário mais adequado. O residente teria a oportunidade de atender a mesma população em diversos momentos de suas necessidades de saúde.

A formação pedagógica do preceptor é outro investimento necessário para que ocorram melhorias na formação da residência médica, por todos os fatores anteriormente discutidos. O professor tem a sua formação no curso de mestrado acadêmico, então o preceptor poderia ter sua formação no curso de mestrado profissionalizante.

A lógica desta ponderação é a própria característica do mestrado profissionalizante. Trata-se de uma modalidade de mestrado que valoriza o profissional da prática, que se volta para as demandas do seu trabalho. Segundo o CAPES o objetivo maior deste mestrado é formar o profissional que saiba

localizar, reconhecer e principalmente utilizar a pesquisa como fator de agregação de valor às suas atividades.

No caso do preceptor, ele é um profissional com experiência prática, mas que está lidando com as questões do ensino, as ambivalências do cotidiano que levantam buscas constantes de aprendizado prático. Penso que o mestrado profissionalizante seria a melhor formação para este profissional que tem no ensino da prática o seu desafio.

É importante ressaltar os esforços da SGTES, representados em 2005 pelo projeto de incentivo às residências em medicina de família e comunidade, ampliando o número de vagas nos programas já credenciados e incentivando a abertura de novos programas. As parcerias entre as Secretarias Municipais de saúde e as instituições formadoras são o caminho certo para o desenvolvimento desta especialidade, já que o campo de ação é a comunidade, a UBS, o Distrito Sanitário.

O investimento feito pelo município retorna imediatamente através do serviço prestado pela residência, mas o principal retorno é a expectativa de um profissional bem formado. Sabe-se que em todos os municípios, as Secretarias Municipais têm dificuldades para a lotação de médicos em suas equipes e quando conseguem completar as vagas, nem sempre conseguem fixar os profissionais. Este é outro tipo de retorno que a residência pode trazer às prefeituras, pelo fato do residente conhecer o sistema, sentir-se seguro dentro dele e por isso desejar ficar.

A formação do médico de família é singular dentre as especializações médicas porque é a única que privilegia uma visão completa da rede de atenção e consegue avaliar o paciente da maneira mais abrangente possível, porque tira suas conclusões da observação do cenário real de vida do paciente, da sua família e do grupo social no qual está inserido.

Outra singularidade inerente à escolha por esta especialidade refere-se ao compromisso com o sistema público daquele que faz uma residência em medicina de família e comunidade. Não se pode dizer que o médico que faz a escolha por esta modalidade de residência, o faz porque deseja garantir uma melhor inserção no mercado de trabalho. Na verdade, o mercado de trabalho está aberto e com muitas vagas para médicos generalistas, com ou sem residência. Ao fazer esta residência, o médico está demonstrando que sua principal escolha de trabalho é a rede pública de atenção, porque mesmo havendo possibilidade de trabalho na rede privada, o maior campo de trabalho é a rede de atenção pública. O que justifica fazer esta residência é a vontade de sentir-se seguro para trabalhar bem, demonstrando consciência de sua responsabilidade diante do papel que exerce perante as pessoas e do sistema de saúde.

Apesar de todos os esforços para melhorar a formação direcionada à APS, os efeitos serão pequenos se não houver um posicionamento mais diretivo para a graduação. As universidades que integram o Programa Nacional de Reorientação Profissional em Saúde – PRÓ SAÚDE, já deram o primeiro passo em direção das mudanças, mas há necessidade de um compromisso maior com o SUS pensando no que ele representa para a qualidade de vida e saúde de milhões de brasileiros.

Ao conjunto integrado de todos estes fatores que envolvem a formação médica e a construção de um sistema de saúde mais justo no seu acesso e nos seus objetivos é o que eu interpreto como um compromisso com o SUS. Ao entrevistar os egressos, como eu os chamei no decorrer deste trabalho, encontrei colegas maduros, seguros de sua competência profissional, mas ainda sonhadores, desejosos de ver concretizados seus ideais de trabalho. Em alguns momentos decepcionados, mas sem desistir, porque afinal, o nosso envolvimento com o SUS é acima de tudo um compromisso.



## 6 Referências.

AROUCA, S. O eterno guru da Reforma Sanitária. **Raddis – Comunicação em saúde, out de 2002**. Disponível em: <http://bvsarouca.cict.fiocruz.br/imprensa.html>  
Acesso em: 12/07/2006.

ABIB, P. Os velhos capoeiras ensinam pegando na mão. **Cad. Cedes**. Campinas, v.26, n. 68, p. 86 – 98. Jan/abr, 2006.

ARNS, Z. Participação Comunitária na Promoção de Saúde para a Qualidade de Vida. Disponível em: < <http://www.rebidia.org.br/boletim/rebidia111.html> >. Acesso em 13 de março de 2005.

BELLODI, P. Cirurgia ou clínica: um estudo das razões que levam a escolha da especialidade médica. **São Paulo Medical Journal**. São Paulo, v.122, n. 3, p. 81 - 86. Maio, 2004. Resumo. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br.php?script=sci\\_abstract](http://www.scielo.br.php?script=sci_abstract) > . Acesso em 26 de junho de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Família no Brasil: uma análise dos indicadores selecionados: 1998 – 2004**. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Coletânea de Normas para o Controle Social no SUS**. 2. ed. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa de Bolsas de Educação pelo Trabalho. Estratégias para ampliar o provimento e fixação de profissionais em áreas críticas**. Brasília, 2005.

BRASIL (a). Ministério da Saúde. Fundação Osvaldo Cruz. Biblioteca Virtual Sérgio Arouca. **Oitava Conferência**. Disponível em:  
<<http://bvsarouca.cict.fiocruz.br/sanitarista06p.htm>>. Acesso em 12 de julho de 2006.

BRASIL(b). Ministério da Saúde. Fundação Osvaldo Cruz. Biblioteca Virtual Sérgio Arouca. **Reforma Sanitária**. Disponível em:  
<<http://bvsarouca.cict.fiocruz.br/sanitarista06p.htm>>. Acesso em 12 de julho de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. As Cartas da Promoção de Saúde. Brasília, 2002. Disponível em:< [www.saude.gov.br/bvs/conf\\_tratados.html](http://www.saude.gov.br/bvs/conf_tratados.html) > . Acesso em 20 de julho de 2006.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Conselho Nacional da Educação. Câmara da Educação Superior. Resolução CNE/CES 4/2001. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de graduação em medicina.** Brasília, 2001.

BRASIL. Lei n. 6.932, de 07 de julho de 1981. **Dispõe sobre as atividades do médico residente dá outras providências.** Diário Oficial da União de 09 de julho de 1981.

BRASIL. Decreto n. 80.281, de 05 de setembro de 1977. **Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências.** Diário Oficial da União de 06 de setembro de 1977.

BRENNER, J. **História da Medicina suplementar no Brasil: a evolução dos Hospitais.** Disponível em: < <http://www.clubemundo.com.br.revistapangea>> Acesso em 15 de julho de 2006.

BUDÓ, M. L. **A prática de cuidados em comunidades rurais e o preparo da enfermeira.** Florianópolis, 2000 . Tese de doutorado ( Filosofia da Enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina.

BUSS, P. Uma introdução ao Conceito de Promoção de Saúde. In: CZERESNIA, D. ; FREITAS, C. (orgs). **Promoção de Saúde: conceitos, reflexões e tendências.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003 p. 15 a 38.

CAMPOS, F. Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da atenção básica. **Revista Brasileira de Educação Médica.** Rio de Janeiro, v. 25, n. 2. maio/junho, 2001.

CASTRO, C. **Ensino de Massa: do artesanato à revolução industrial.** Disponível em: < <http://www.iea.usp.br/iea/ensinosuperior/confmouracastro.html>> . Acesso em 11 de abril de 2006.

COELHO, I. Ensino de graduação e currículo. **Revista Universidade e Sociedade.** Rio de Janeiro, n. 5, p. 64 – 72. julho , 1993. disponível em: <<http://www.andes.org.br/universidadeesociedade.html>> . Acesso em 12 de julho de 2006.

COSTA, L. **História do Brasil.** 11. ed. São Paulo: Ed. Scipione, 2005.

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. **PSF Curitiba – 10 anos - A História contada por quem faz a História.** CIS - CABS. Curitiba, 2002.

DELORS, J. et al. **Educação: Um tesouro a descobrir.** 8 ed. São Paulo: Ed Cortez, UNESCO, 2000.

FEUERWERKER, L. **Mudanças na Educação Médica e Residência Médica no Brasil**. São Paulo: Ed. Hucitec-Rede Unida, 1998.

FALK, J. A Medicina de Família e Comunidade e sua entidade nacional: histórico e perspectivas. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. V.1, n.1, abril, 2004.

FOUCAULT, M. **A Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Ed.Graal, 1979.

GIL, A. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5. ed. São Paulo: Ed.Atlas, 1999.

GOMES, J. **A integração entre o saber/conhecer e o saber/fazer na autoformação continuada**. Disponível em: <<http://www.psicopedagogia.com.br/opiniao/opiniao.asp?entrID=374>> . Acesso em 22 de set de 2005.

HENRIQUES, M. **O pensamento complexo e a construção de um currículo não linear**. Disponível em: <<http://www.ufrgs/faced/gtcurric/index.html>>. Acesso em 12 de julho de 2006.

MACWHINNEY, I. Os princípios da medicina familiar. Manual de Medicina Familiar. Lisboa: Inforsalus, 1994.

MELO, M. **As Diretrizes Curriculares Nacionais e os Cursos Paranaenses de Odontologia**: Processo de construção e perspectivas de implementação. Londrina, 2004.148f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Centro de Ciências da Saúde. Universidade Estadual de Londrina.

MENDES, E. **Os Grandes Dilemas do SUS**: Tomo I. Salvador: Ed. Casa da Qualidade, 2001.

MINAYO, M.C. (Org). **Pesquisa Social: teoria , método e criatividade**. Petrópolis: Ed.Vozes, 2002.

MOREIRA, M. Imagens no espelho de Vênus: mulher, enfermagem e modernidade. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, jan de 1999, v. 7, n.1, p. 55-65 .

NEVES, J. Pesquisa Qualitativa – características, usos e possibilidades. **Cadernos de Pesquisas em Administração**, São Paulo, v. 1, n. 3, 2º Sem. 1996. Disponível em: <<http://www.ead.fea.usp.br/cad-pesq/arquivos/C03-art06.pdf>>. Acesso em 18 de outubro de 2005.

NOGUEIRA-MARTINS, L. **Residência Médica: um estudo prospectivo sobre dificuldades na tarefa assistencial e fontes de estresse**. São Paulo, 1994. Tese de doutoramento. Escola Paulista de Medicina.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde: relatório final**. Alma-Ata, URSS, setembro de 1978.

PERUSSI, A. Profissão, vocação e medicina. Revista Política e trabalho, n. 16, p. 73 – 84, setembro, 2000. Disponível em: <<http://www.geocities.com/ptreview/16-perussi.html>>. Acesso em 26 de junho de 2006.

PONTIFÍCIO INSTITUTO DAS MISSÕES EXTERNAS (P.I.M.E) – **Revista Mundo em Missão**. Igreja no Brasil - Comunidades Eclesiais de Base. N. 33. Mai e Jun, 1999. Disponível em <http://www.pime.org.br/mundoemissao/igrejacebs.htm> . Acesso em 24 de set de 2005.

PUC-PR. **Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade**. Curitiba: Editora Universitária Champagnat, 2001.

REZENDE, J. **Ambroise Paré : O cirurgião que não sabia latim**. Disponível em <<http://usuarios.cultura.com.br/jmrezende/ambroise.htm>> . Acesso em 17 de ago de 2005.

ROGERS, C; WOOD, J. **Abordagem centrada na pessoa**. Vitória: Editora Fundação Ceciliano Abel de Almeida , Universidade Federal do Espírito Santo, 1994.

ROSEN, G. **Uma História da Saúde Pública**. 2. ed. São Paulo: Ed. Unesp-Hucitec-Abrasco, 1998.

SILVA, G. **Análise do Discurso: princípios e aspectos gerais**. Disponível em <<http://www.lle.cce.ufsc.br/congresso/trabalhos-lingua/Rosineide%20Guilherme%20da%20Silva.doc>> Acesso em 18 de out de 2005.

SIMERS - SINDICATO MÉDICO DO RIO GRANDE DO SUL. **Residência para não médicos vira lei**. Disponível em <<http://simers.org.br/revista0505-10htm>>. Acesso em 18 de out de 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Campanha Pediatria no PSF já**. Carta ao Presidente da República. Disponível em: <[http://www.sbp.com.br/show\\_item2](http://www.sbp.com.br/show_item2)> . Acesso em 18 de julho de 2006.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO. ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA. NAPREME: **Os fundamentos para a criação do serviço e o relato da experiência de um ano**. Disponível em: <<http://www.unifesp.br/dpsiq/grupos/napreme.htm>. Acesso em 22 de julho de 2006.

WERNECK, V. **Educação e sensibilidade**. Rio de Janeiro: Ed. Forense, 1996.

WESTPHAL, M. ; ALMEIDA, E. (orgs). **Gestão de serviços de saúde: Descentralização, municipalização do SUS**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE 1- ROTEIRO DE ENTREVISTA

- 1- Idade do início da residência
- 2- Sexo
- 3- Ano da formatura
- 4- Ano de conclusão da Residência
  
- 5- Você está atuando como médico de família?
  
- 6- Caso a sua resposta seja **NÃO**, poderia dizer a razão?
- 7- Como você avalia os dois anos de residência que você cursou ?  
  
(....) BOM      (....) MUITO BOM      (.....) REGULAR  
(....) .....(outro conceito que você quiser)
  
- 8- Na sua opinião qual foi o(s) ponto(s) forte(s) deste programa de residência?
  
- 9- Quais os fatores negativos da residência ? (o que foi ruim?)
  
- 10-O que deveria ser melhorado, considerando o seu programa de residência e a sua atual experiência de trabalho como médico de família?
  
- 11-Considerando o contexto do SUS e da Atenção Primária à saúde, como você avalia o papel do médico nesta construção?

## APÊNDICE 2- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### CONVITE A PARTICIPAÇÃO EM UM ESTUDO SOBRE A RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DA FAMÍLIA E COMUNIDADE: Um compromisso com a consolidação do SUS.

Através deste estamos convidando você para participar de um estudo sobre “A RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DA FAMÍLIA E COMUNIDADE: Um compromisso com a consolidação do SUS. Nosso **objetivo** é avaliar a residência médica em Medicina de Família e Comunidade através das contribuições dos egressos do programa de residência da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR) na perspectiva da consolidação do SUS. A **justificativa** desta pesquisa apóia-se nas políticas públicas que integram os Sistemas de Saúde e Educação, no esforço de mudança do modelo assistencial. A **metodologia**, inclui as etapas legais de registro do projeto nas comissões de Ética e Pesquisa e a consulta aos médicos egressos do programa de residência em questão, utilizando a técnica da entrevista para coleta de dados. Os resultados serão encaminhados aos gestores e representantes legais da Instituição para subsidiar reformulações e melhoras no programa de residência. Sinta-se completamente livre para decidir participar ou não, mas ressaltamos a importância de sua contribuição. Outrossim, esclarecemos que: seu anonimato está garantido; as informações serão sigilosas; a não participação não acarretará nenhum prejuízo a sua pessoa; as informações e resultados obtidos ficarão a sua disposição; sua participação não acarretará qualquer desconforto, risco, dano ou ônus a sua pessoa; os benefícios esperados relacionam-se ao Sistema Único de Saúde como um todo e ao Sistema Educacional de pós graduação médica (residência médica) de maneira específica, à residência em Medicina de Família e Comunidade, pretendendo contribuir para uma maior integração e aproximação entre ambos, podendo fornecer subsídios para a tomada de decisão quanto aos projetos pedagógicos do programa. Os dados coletados serão utilizados para fins acadêmicos de pesquisa e divulgação de conhecimento sobre o tema. Caso concorde com estes termos, solicitamos o preenchimento e assinatura neste documento, conforme segue.

Eu, \_\_\_\_\_  
Documento de identidade nº \_\_\_\_\_ declaro que consinto, de forma livre e esclarecida, a participar do estudo “**A Residência Médica em Medicina da Família e Comunidade: Um compromisso com a consolidação do SUS**”, desenvolvido pela mestrandia Tânia Maria Santos Pires, sob a coordenação e orientação da Professora Dra Rosita Saupe, aprovado pela Comissão de Ética da UNIVALI, conforme Parecer 459/05. Esclarecemos também que este projeto está vinculado ao Núcleo de Pesquisas Interdisciplinares em Saúde, do Curso de Mestrado Profissionalizante em Saúde – opção Saúde da Família – do Centro de Educação em Ciências da Saúde, da UNIVALI.

LOCAL e DATA \_\_\_\_\_

ASSINATURA \_\_\_\_\_

FONE \_\_\_\_\_ e.mail: \_\_\_\_\_

## **ANEXOS**

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)