

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**

**INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL**

**Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva**

# **Certificação por Competência para o Médico de Família: uma Proposta em Construção**

**VALÉRIA FERREIRA ROMANO**

Orientador: Prof. Dr. Hésio de Albuquerque Cordeiro

Rio de Janeiro

2005

# **Livros Grátis**

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

Milhares de livros grátis para download.

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

# **Certificação por Competência para o Médico de Família: uma Proposta em Construção**

VALÉRIA FERREIRA ROMANO

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Saúde Coletiva, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva – área de concentração em Política, Planejamento e Administração em Saúde, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientador: Prof. Dr. Hésio de Albuquerque Cordeiro

Rio de Janeiro

2005

R759 Romano, Valeira Ferreira.

Certificação por competência para o médico de família: uma proposta em construção / Valeira Ferreira Romano. – 2005.

159f.

Orientador: Hésio de Albuquerque Cordeiro.

Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Família – Saúde e higiene – Teses. 2. Educação médica – Teses. 3. Política de educação médica – Brasil – Teses. 4. Cuidados médicos – Teses. 5. Programa de Saúde da Família (Brasil) – Teses. I. Cordeiro, Hésio. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 614:392.3

Dedico esta tese a meu marido, companheiro de todas as trocas.

A meus filhos, na curiosidade pela vida.

A meus pais, pelo início de tudo.

A meus irmãos, na doce certeza de suas presenças.

A meus amigos, pelo sentido de pertencimento.

## AGRADECIMENTOS

São tantos e tão intensos que não caberiam nesta folha. Mas devo dizer a meu eterno mestre, Hésio Cordeiro, profundamente admirado por mim e por muitos, que seu exemplo, seu respeito, sua seriedade honrosa, seu compromisso ético e coerência me fizeram pensar que a tarefa de transformar(me) é inesgotável.

A Jane Sayd, que sempre me inspirou e incentivou desde o começo, reconhecendo meu trabalho e propiciando meu crescimento acadêmico.

À Equipe do PSF-Lapa, que nossa construção conjunta, sempre prazerosa, algumas vezes rugosa, outras inovadoras, outras surpreendentes, me mostraram o valor da amizade, da solidariedade, do apoio.

Aos usuários que acolhi e tentei ajudar, com um sorriso nos lábios, um carinho nas mãos e meu sincero interesse, a motivação para continuar.

A meus alunos, jovens iniciantes numa profissão tão inesperada, pelo sentido do diálogo, da escuta, da espera.

E, por fim, aos médicos de família, companheiros de um ideal mantido desde sempre, o desejo de que sigamos acreditando na qualidade da atenção que sabemos poder trocar com as pessoas que acolhemos.

Obrigada por tudo. Obrigada por todos.

## SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS	vi
LISTA DE GRÁFICOS	vii
RESUMO	viii
ABSTRACT	ix
APRESENTAÇÃO	10
INTRODUÇÃO	11
Capítulo 1 - O MÉDICO DE FAMÍLIA E A MEDICINA ATUAL	16
O médico de família em definição	16
A saúde da família no Brasil	18
Bases norteadoras do PSF e o campo de ação do médico de família	20
Na busca de uma identidade para o médico de família	22
Capítulo 2 – ENTRE O PROPÓSITO E A REALIDADE	25
Alguns grandes problemas do PSF	25
Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família <i>versus</i> Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS	29
Resultado de avaliação da saúde da família no Brasil	32
Capítulo 3 – DA (DE)FORMAÇÃO MÉDICA PARA O MUNDO DO TRABALHO	36
Avaliar para transformar	36
A biomedicina e a formação médica	39
De um outro olhar para o mundo do trabalho	42
Na solidez de necessárias perguntas	46
WONCA Europa e a definição de competências nucleares	48
Capítulo 4 – PELOS CAMINHOS DA CERTIFICAÇÃO	51
Lei de Diretrizes e Bases da Educação e o desafio da certificação	51
O conceito de certificação profissional	53
Certificação Médica: um exemplo da experiência internacional	55
Certificação médica no Brasil	58
Especialização em medicina de família e comunidade	61
Capítulo 5 – ATRAVÉS DA METODOLOGIA UTILIZADA	63
Marco Teórico	63
Roteiro de entrevista	71
Objeto e objetivos de estudo	76
Unidade de Análise	76
Universo e amostra: um olhar panorâmico	77
No contexto do universo e amostra: a saúde no Rio	79
Capítulo 6 – O TRABALHO DE CAMPO	83
Análise de dados e discussão	83
Conhecimentos, habilidades e valores	83
Contexto institucional	97
Modelo de atenção	104
Condições de trabalho	115
Capítulo 7 – Competências gerais e específicas do médico de família	123
A proposta de certificação por competência	123
Bases da proposta de certificação por competência	135
Uma proposta aplicável	137
Capítulo 8 – REFLEXÕES FINAIS	144
REFERÊNCIAS	146
ANEXOS	154

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1:</b> Vínculos contratuais dos médicos de família no Brasil	26
<b>Quadro 2:</b> Residências em Medicina de Família e Comunidade credenciadas pela Comissão Nacional de Residência Médica, Brasil - 2004	59
<b>Quadro 3:</b> Distribuição Nacional de Residências em Medicina de Família e Comunidade	60
<b>Quadro 4:</b> Distribuição das equipes de PSF pelas comunidades do Município do Rio de Janeiro, dezembro de 2003	78
<b>Quadro 5:</b> Situação de implantação da estratégia PSF/PACS no Município do Rio de Janeiro – Consolidado geral, dados da implantação	80
<b>Quadro 6:</b> Número de respostas, por categoria, em relação ao sentimento de segurança, para cada variável estudada	111
<b>Quadro 7:</b> Mapa funcional dos médicos de família, Município do Rio de Janeiro pesquisado	132
<b>Quadro 8:</b> Avaliação por competência: composição da etapa de pré-seleção	139
<b>Quadro 9:</b> Avaliação por competência: composição da etapa do Processo de Avaliação	140

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1:</b> Distribuição dos médicos de família do Município do Rio de Janeiro, de acordo com o sexo, 2005.	84
<b>Gráfico 2:</b> Distribuição dos médicos de família do Município do Rio de Janeiro, segundo faixa etária, 2005.	86
<b>Gráfico 3:</b> Tempo de formado dos médicos de família do Município do Rio de Janeiro, 2005.	88
<b>Gráfico 4:</b> Especialidade prévia dos médicos de família do Município do Rio de Janeiro, 2005.	89
<b>Gráfico 5:</b> Distribuição dos médicos de família do Município do Rio de Janeiro, segundo tempo de atuação no PSF, 2005.	92
<b>Gráfico 6:</b> Distribuição dos médicos de família do Município do Rio de Janeiro, segundo vínculo empregatício, 2005.	93
<b>Gráfico 7:</b> Participação dos médicos de família do Município do Rio de Janeiro em treinamento introdutório, 2005.	93

## RESUMO

Este estudo aborda a avaliação de práticas profissionais na atenção básica. Utiliza observação participante e entrevistas com médicos de família do Município do Rio de Janeiro, propondo uma certificação por competência. Conclui que distorções na formação médica despreparam esse profissional para o mundo do trabalho.

**Palavras-chave:** saúde da família; educação e trabalho; atenção básica.

## **ABSTRACT**

### **Certification based on competence for the family doctor: a proposal under construction**

This study approaches the evaluation of professional practices in primary care. Through the use of participative observation and interviews carried out with family doctors in the city of Rio de Janeiro, it proposes the certification based on competence. It concludes that distortions in medical education do not prepare the medical professional for the labor reality.

**Key words:** family health; education and work; primary care.

## APRESENTAÇÃO

O presente estudo se situa no âmbito da avaliação de práticas profissionais na atenção básica, tendo como interface reflexões sobre a qualidade do desempenho do médico de família no mundo do trabalho.

Parte do pressuposto de que educação e trabalho são concomitantes e complementares, e que a preocupação com a qualidade do acolhimento na prática do Médico de Família faz parte de um processo de controle social desejável ao Programa de Saúde da Família (PSF), considerado um reorganizador do modelo de atenção à saúde.

A partir da utilização de técnica de observação participante e entrevistas com médicos de família do Município do Rio de Janeiro, propõe-se identificar suas competências, como etapa de construção de uma proposta de certificação por competência na qual conhecimentos, habilidades e atitudes sejam valorizados na busca de um profissional de excelência.

Distribuímos este estudo em oito capítulos. No Capítulo 1 procuramos definir o conceito de médico de família. No Capítulo 2, refletimos sobre as bases de estruturação do PSF no Brasil. No Capítulo 3, discutimos a formação médica, introduzindo o conceito de competência como parâmetro. No Capítulo 4, trabalhamos a idéia de certificação por competência em geral, comparando esse formato de avaliação com o adotado atualmente no processo de obtenção de título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade. No Capítulo 5, descrevemos a metodologia utilizada para justificar a análise do trabalho de campo, que será descrita no Capítulo 6. No Capítulo 7, discutimos os resultados e iniciamos a conclusão de nosso estudo, identificando, como produto do trabalho de campo, as competências gerais e específicas do médico de família, além da construção de uma proposta de certificação por competência; finalizando com as reflexões finais, no Capítulo 8.

## INTRODUÇÃO

Imaginemos estar nos sentindo doentes, necessitando de cuidados médicos, numa cidade cuja porta de entrada para o serviço público fosse o Programa de Saúde da Família (PSF) e onde, recém-cadastrados, teríamos nos consultado pela primeira vez com nosso médico de família.

Após o atendimento, percebemos que nosso médico pouco nos orientou sobre nossas dúvidas, explicou muito rapidamente sua prescrição, a despeito de, mesmo que secamente, ter realizado um exame físico completo. Saímos com um diagnóstico, remédios prescritos, porém insatisfeitos, ainda confusos e com a sensação de que faltara algo.

Sendo o profissional que nos atendeu um médico de família, nos perguntamos se ele de fato teve um bom desempenho profissional: seu trabalho deveria limitar-se tão somente ao registro da história clínica, do exame físico, trocando algumas poucas palavras conosco ao fim da consulta? O que fazer com nossa sensação de falta de algo, de falta de atenção?

Para o Conselho Federal de Medicina (CFM), a essência do trabalho médico se organiza principalmente em torno de diagnosticar doenças e definir uma terapêutica:

“A medicina é uma modalidade de trabalho social instituída como profissão de serviço e uma instituição social a serviço da humanidade. A atividade desenvolvida por seus praticantes, os médicos, destina-se, essencialmente, ao diagnóstico das enfermidades e à terapêutica dos enfermos. Embora, tipicamente, englobe todos os procedimentos decorrentes dessas duas vertentes, tidas como essenciais, acessoriamente participa da profilaxia das doenças e demais condições patológicas e da reabilitação das pessoas invalidadas.” (CFM, 2003, p. 10).

Do ponto de vista do Conselho Federal de Medicina, nosso médico cumpriu o seu papel, já que nos proporcionou, essencialmente, um diagnóstico e uma terapêutica. No entanto, a partir da nossa percepção como usuários, a impressão de que deveríamos receber mais, especialmente de um médico de família, continuou nos acompanhando. Não ficamos com a nítida sensação de não termos sido bem atendidos? Com a sensação de que algo estava faltando? Não saímos com a

impressão de que o que faltara estava na esfera da comunicação do médico conosco?

Falamos de atenção, afeto, cuidado, orientação individualizada, capacidade de comunicação, de vínculo, que são condições primordiais para qualquer profissional que atenda pessoas, principalmente pessoas doentes – situação que, por si só nos deixa, a todos, vulneráveis.

Mas, como nosso médico é um médico de família, devemos acrescentar que, a partir das características de sua especialidade, ele deve realizar um acompanhamento aos indivíduos, às famílias e à comunidade de maneira integral, contínua e dinâmica. Apesar do que afirma o CFM, talvez nosso médico não tenha, de fato, cumprido bem seu papel, não tenha tido um bom desempenho, não tenha estabelecido conosco um bom vínculo, entendido como uma “circulação de afeto entre as pessoas”, como “o resultado da disposição de acolher de uns e da decisão de buscar apoio em outros” (CAMPOS, 2003, p. 28).

Como sem vínculo não há troca de afeto, não há cuidado, permitimo-nos afirmar que o profissional que nos atendeu não seria possuidor de pelo menos uma competência: a de efetuar “cuidados centrados na pessoa” (WONCA EUROPA, 2002, p. 4), inadequando-o, neste sentido, para um projeto de trabalho como esse. Mas, então, poderíamos nos perguntar: quais conhecimentos deveria deter, quais habilidades e atitudes demonstrar, como deveria ser e agir um médico de família?

Nossa preocupação se situa, assim, em identificar competências do médico de família, analisando-as a partir do desempenho profissional, ou seja, sob o ponto de vista de que o impacto de suas ações deva refletir-se no mundo real, diante do usuário que está ali lidando com a presença ou ausência de atributos profissionais muitas vezes essenciais para a consolidação de uma prática de qualidade.

Podemos perceber que nossa visão se amplia. O profissional de qualidade, o profissional de excelência deve conhecer o que há de mais atualizado em seu campo de atuação, mas só isto não basta; deve saber como aplicar esse conhecimento, como agir com as pessoas, como falar com elas, como ser. Seu conhecimento deve servir para o mundo do trabalho, para os desafios na resolução dos problemas cotidianos, em seu contexto de ocorrências.

O foco central da análise se transfere dos conteúdos do conhecimento para as competências. Os conhecimentos estão disponíveis, mas é importante saber

como e quando utilizá-los. O saber ser e o saber fazer envolvem atributos adquiridos para além do conhecimento. Envolvem habilidades e valores fundamentais para o mundo do trabalho que cada vez mais exige um profissional competente.

PERRENOUD (1999, p. 19) afirma que “não existe uma definição clara e partilhada das competências. A palavra tem muitos significados, e ninguém pode pretender dar a definição”. No entanto, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB, 1996) considera as **competências como capacidades, ou saberes em uso, que envolvem conhecimentos, habilidades e valores**, e é este conceito que será utilizado no enfoque deste estudo, estreitando assim o relacionamento entre educação e trabalho, teoria e prática.

Na busca da identificação das competências do médico de família, procuramos entender quem é esse profissional, focando nosso estudo no médico de família do Município do Rio de Janeiro, por razões adiante explicitadas. Procuraremos entender quais são as demandas desse profissional por conhecimentos, habilidades e atitudes, sua forma de atender as pessoas, de organizar o serviço, a estrutura oferecida para que exerça sua função, como vê o trabalho que desenvolve – enfim, o que percebe ser essencial para seu bom desempenho.

O objetivo é, a partir da identificação das competências, desenhar uma proposta de certificação por competência para o médico de família que sirva de alavanca para reflexões sobre o assunto, sem a pretensão de, no entanto, nos tornarmos prescritivos.

A motivação foi a experiência do trabalho como médica de família desde 1989, tendo exercido essa função na Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, e trabalhado posteriormente nos municípios de Niterói e Rio de Janeiro. A partir desse acúmulo de prática na Saúde da Família, foi possível refletir que, no Brasil, os parâmetros de definição de critérios e métodos de processos de validação de especialistas não utilizam, de maneira geral, a avaliação por competência. Motivou-nos pesquisar sobre a construção de uma proposta de certificação por competência do médico de família, traduzindo, assim, uma necessidade percebida em qualificar a atenção básica.

Isto se justifica pelo entendimento de que o perfil profissional na área da saúde: “deve ser adequado e baseado em competências, habilidades e atitudes” (MARANHÃO *apud* ALMEIDA, 2003, p. 10). O Estado deve se responsabilizar pela

qualidade do ensino e garantir aos usuários dos serviços de saúde a confiabilidade dos profissionais que os atendem. Deve, portanto, compor formação médica com certificação profissional, a partir da busca das *competências interprofissionais* necessárias a todo trabalhador e definidas como “relacionadas com as questões e desafios do mundo do trabalho, a pesquisa de dados, a utilização dos recursos tecnológicos, a preservação do meio ambiente, a ética das relações humanas, a saúde e a segurança no trabalho, o direito individual e o dever para com o coletivo” (GONÇALVES, 2002, p. 33).

Tanto o setor de educação, através do Ministério da Educação, quanto o Ministério do Trabalho e Emprego, incluem na formulação de seus documentos oficiais as competências como parâmetro (Lei de Diretrizes e Bases – LDB 1996, e Classificação Brasileira de Ocupações – CBO 2002, respectivamente), reforçando a importância da certificação por competência dos médicos de família como uma demanda atual.

Na necessidade de delimitarmos nosso estudo, utilizamos a pesquisa bibliográfica, a observação participante e entrevistas semi-estruturadas com médicos de família do Município do Rio de Janeiro, na intenção de responder principalmente a duas grandes questões:

1. Quais competências poderiam ser atribuídas a médicos de família de um grande centro urbano como o Município do Rio de Janeiro?
2. Que modelo de certificação por competência poderia avaliar os conhecimentos, habilidades e atitudes destes profissionais?

Ao falarmos sobre certificação vale ressaltar que não temos como foco a acreditação, embora um pressuposto dessa modalidade de avaliação envolva um processo de certificação profissional. Não discutiremos também as competências de outros membros da equipe de Saúde da Família, embora entendamos o médico como membro e não como um destaque nessa equipe. Apenas como opção metodológica, decidimos recortar o universo do médico de família para a realização deste trabalho.

Priorizamos o Município do Rio de Janeiro como campo de pesquisa, por ser este exemplo de um grande centro urbano que, apesar de vir implantando lentamente o PSF, já apresenta uma experiência acumulada desde 1999 e propõe-se à expansão do programa. Estando em processo de ampliação e encontrando

obstáculos políticos e estruturais para se consolidar, estaremos lidando não com uma plena experiência de sucesso, mas com um modelo repleto de dificuldades e entraves e que por isso mesmo apresenta especificidades que, supomos, possam servir de pontos para reflexões e direcionamentos futuros.

Entendemos que um processo de certificação profissional não deva ser uma iniciativa institucional individual, mas fruto de uma discussão que envolva o Estado, os gestores, as sociedades de especialidades, os profissionais de saúde, os usuários.

A medida da qualidade de atenção médica ofertada à população é complexa, e articula políticas públicas, formação médica, condições de trabalho médico, aliadas à necessidade de certificação, principalmente numa iniciativa estratégica para a reorganização da atenção básica, como é o Programa de Saúde da Família (PSF), grande empregador de médicos de família no Brasil.

O Programa de Saúde da Família será abordado na perspectiva da reorganização da prática de atenção à saúde, pois propõe-se a atuar como “um substituto do modelo tradicional” (BRASIL, 2001), não sendo aqui considerado como um modelo único, pois que engloba experiências tão diversas quanto as diferenças locais encontradas em cada comunidade na qual está implantado. Assim, não será visto como um programa, mas como uma ação, uma política, um modo de organizar o SUS.

Com onze anos de implantação, apesar dos enormes problemas que ainda enfrenta para sua consolidação, o PSF deixou de ser embrionário e experimental. Está presente em 80% dos municípios brasileiros (SAÚDE DA FAMÍLIA, 2004) e em 72,5% dos municípios brasileiros com mais de cem mil habitantes (VIANA, 2002). Tem como proposta expandir-se para os grandes centros urbanos e vem promovendo um estímulo a mudanças na formação do médico, já que estabelece uma prática integradora de conceitos e tecnologias diversas e complexas que embasam o próprio sentimento de identidade desse médico.

**Capítulo 1****O MÉDICO DE FAMÍLIA E A MEDICINA ATUAL****O MÉDICO DE FAMÍLIA EM DEFINIÇÃO**

Olesen (2000, p. 4) assim define o médico de família:

“um especialista formado para trabalhar na linha da frente do sistema de saúde e para dar os passos iniciais na prestação de cuidados para qualquer problema(s) de saúde que os pacientes possam apresentar. O Médico de Família\* cuida de indivíduos no seio da sua sociedade, independentemente do tipo de doença ou de outras características pessoais ou sociais, organizando os recursos disponíveis no sistema de saúde em benefício dos pacientes. O Médico de Família interage com indivíduos autônomos nos campos da prevenção, diagnóstico, cura, acompanhamento e mediação, usando e integrando as ciências da Biomedicina e da Psicologia e Sociologia Médicas”.

Esta parece ser uma definição de consenso, sendo recomendada inclusive pela WONCA Europa (Sociedade Européia de Clínica Geral/Medicina Familiar), com o apoio da Organização Mundial de Saúde Europa (OMS Europa) (WONCA EUROPA, 2002).

O médico de família “funciona como um generalista que aceita todas as pessoas que o procuram, enquanto outros prestadores de cuidados de saúde limitam o acesso aos seus serviços com base na idade, sexo ou diagnóstico...” (WONCA, 2002, p. 2).

Rakel (1997, p. 4) reforça esse entendimento, definindo-o como:

“[um] médico educado e treinado na disciplina da medicina familiar – uma especialidade clínica bastante abrangente. Os médicos de família possuem atitudes, habilidades e conhecimentos singulares que os qualificam para fornecer tratamento clínico contínuo e abrangente, manutenção da saúde e serviços preventivos para cada membro da família, independentemente de sexo, idade ou tipo de problema, seja este biológico, comportamental ou social”.

---

\* N.do T.: “General Practitioner” (Clínico Geral) no original em inglês.

No Brasil, o Ministério da Saúde não conceitua o médico de família em si, mas suas atribuições enquanto membro de uma equipe multiprofissional que “atende a todos os integrantes de cada família, independente de sexo e idade, desenvolve com os demais integrantes da equipe, ações preventivas e de promoção da qualidade de vida da população” (BRASIL/MS, 2004, p. 6).

Todas essas definições têm um núcleo comum, que é a abrangência do tipo de clientela que o médico de família deve acolher. Ele atua com toda a família e, portanto, deve saber manejar as condições biológicas, psicológicas, sociais e ambientais que afetam desde a criança até o idoso, sem perder a visão ampla da comunidade em que está inserido. Certamente esta não é uma tarefa simples, principalmente porque necessita de uma sólida formação generalista, colocando em questão a biomedicina, modelo hegemônico na formulação do currículo médico, que dá origem a um modelo de atenção que não responde às demandas específicas que o médico de família enfrenta em seu dia-a-dia.

O incômodo com a divisão do sistema de atenção à saúde em inúmeras especialidades, que atuam impedindo uma visão ampla e integral por parte do médico, teve um primeiro registro em 1923, nos EUA, quando Francis Peabody “chamou pelo rápido retorno do clínico geral que forneceria um tratamento personalizado e abrangente” (RAKEL, 1997, p. 3). Apesar disso, a crescente diversificação de especialidades médicas ganhou força na década de 1950 por todo o mundo.

Na década de 60 surgiram propostas de criação de uma nova especialidade que abrangesse os cuidados primários em saúde. Em 1966 dois relatórios importantes foram publicados, dando reconhecimento oficial ao nascimento de nova especialidade na assistência básica: o relatório do Citizen’s Commission on Graduate Medical Education of the American Medical Association, também conhecido como Millis Commission Report.; e o do Ad Hoc Committee on Education for Family Practice of the Council of Medical Education of the American Medical Association, também denominado Willard Committee.

Em 1969, nos Estados Unidos, o American Board of Family Practice (ABFP) tornou-se a vigésima junta de especialidades clínicas, dando origem à especialidade da Medicina de Família. A ABFP distinguiu-se por ser a primeira junta de especialidade a exigir certificação e recertificação de seus médicos a cada seis anos, de maneira a assegurar uma competência contínua, incluindo a avaliação de

atividades de educação continuada, perfazendo 50 horas anuais de capacitação (300 horas em seis anos), uma avaliação cognitiva e uma avaliação de desempenho.

Os relatórios Millis e Willard, originados da American Academy of General Practice, salientaram a necessidade de aumentar a ênfase no tratamento de saúde orientado para a família, propiciando aceitação acadêmica, resultando na mudança de nome da American Academy of General Practice para American Academy of Family Physicians (AAFP), em 1971 (RAKEL,1997).

## **A SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL**

No Brasil, o Programa de Saúde da Família (PSF) está integrado ao SUS desde 1994, quando incorporou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), até então existente em cidades de pequeno porte, principalmente no Nordeste brasileiro, onde obteve resultados surpreendentes, diminuindo bruscamente a mortalidade infantil, como ocorreu no Ceará.

A partir daí começou a crescer e hoje atua em cerca de 80% dos municípios brasileiros, beneficiando mais de 60 milhões de pessoas, perfazendo 36,4% de cobertura populacional a partir de mais de 19 mil equipes de Saúde da Família implantadas. Considerando a cobertura do PACS (ainda existente isoladamente) somado à cobertura do PSF, tem-se um total de 90,6% de cobertura populacional no país (BRASIL, 2003; SAÚDE DA FAMÍLIA, 2004).

A proposta de expansão e qualificação da Atenção Básica à Saúde, prevista pelo Ministério da Saúde para 2003, incluiria a implantação de 4.000 novas equipes de PSF e 3.000 equipes de Saúde Bucal, além do projeto de apoio à expansão do PSF nos grandes centros urbanos em mais 231 Municípios até dezembro de 2003 (BRASIL/SUS, 2003).

Um aporte de R\$ 430 milhões destinado à ampliação do PSF e PACS seria acrescido, segundo previsões, pelos R\$ 68 milhões investidos no PSF, até o fim de 2003, pelo Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), cujo objetivo é “reestruturar a atenção básica, de modo especial, nos municípios com mais de 100 mil habitantes” (BRASIL. Balanço das Ações, 2003, p. 4).

O PROESF pretende capacitar recursos humanos, realizar aquisição de veículos, equipamentos médicos e de suporte, reforma e locação de novas unidades de PSF, além de reforçar os sistemas de avaliação e monitoramento das ações. Ao

todo o PROESF prevê investimentos de US\$ 550 milhões até 2009 (BRASIL/Balanco das Ações, 2003).

Se considerarmos que cerca de 90% da população brasileira é de algum modo usuária do SUS, sendo 28,6% usuária exclusiva do SUS (BRASIL/SUS, 2003), poderemos entender a relevância do PSF em nosso país. Assim, em termos de estratégias, o PSF prioriza ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde de forma integral e contínua. O atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio pelos membros da equipe, que criam “vínculos de coresponsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da Comunidade” (BRASIL/MS, 2004, p. 2).

O então secretário executivo do Ministério da Saúde, Gastão Wagner de Souza Campos, afirmou em teleconferência realizada em 2003, enquanto promovia a 12ª Conferência Nacional de Saúde, a prioridade no desenvolvimento nacional da atenção básica a partir do PSF, como resposta à estratégia fundamental de reorganização do SUS. Ao longo de quatro anos, o governo do presidente Lula pretende que a porta de entrada do cidadão no Sistema Único de Saúde seja a atenção básica, tendo como proposta que, até lá, cerca de 70% das famílias brasileiras estejam inscritas no PSF. Como nas regiões mais populosas do Brasil, onde há uma concentração de 70% da população brasileira (regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste) já há uma boa capacidade instalada no modelo tradicional, resta agora fazer crescer o modelo de atenção básica, demandando para isto uma “verdadeira reforma cultural” no conjunto de profissionais de saúde (CORDOVIL, 2003, p. 11).

Assim, o Ministério da Saúde considera como objetivos do Programa de Saúde da Família:

- diminuição das filas nos hospitais,
- promoção da saúde,
- melhora das condições de vida da população (BRASIL/Saúde, 2003).

Cada equipe trabalha 40 horas semanais e pode cadastrar até 4.000 pessoas ou cerca de 1.000 famílias, de maneira que garanta cerca de 85% de resolubilidade esperados.

O enfoque é na família e não mais no indivíduo, e se caracteriza por ser uma unidade de saúde ativa – ou seja, não espera a vinda do usuário, indo em busca dele, em sua residência, através das visitas domiciliares que são realizadas por todos os membros da equipe, embora devam ser realizadas, sistematicamente, pelos agentes comunitários de saúde.

Como há um cadastro prévio da comunidade, há também condições de planejamento de ações e estratégias na direção das características daquela população.

Considerando a organização do sistema local de saúde o PSF deve ser eficaz, segundo o Ministério da Saúde, em:

- diminuir o número de mortes de crianças por causas evitáveis;
- aumentar a quantidade de gestantes que chegam saudáveis e bem-informadas ao parto;
- melhorar a qualidade de vida dos idosos;
- melhorar os índices de vacinação;
- diagnosticar, tratar e acompanhar os hipertensos e diabéticos;
- localizar e tratar os casos de tuberculose e hanseníase;
- diminuir as filas para atendimento nos hospitais da rede pública de saúde (BRASIL/Guia, 2001).

A valorização da saúde em detrimento da doença e do hospital, o resgate da relação serviço de saúde pública-usuário, a inclusão de novos princípios (como a promoção da saúde) e a participação da comunidade no controle social fazem com que o PSF seja considerado um agente de reestruturação do SUS, desafiando o médico de família a mobilizar atributos específicos para uma atuação diante da comunidade. Estaria ele preparado para isto?

#### **BASES NORTEADORAS DO PSF E O CAMPO DE AÇÃO DO MÉDICO DE FAMÍLIA**

Na interseção justificada entre o médico de família e o Programa de Saúde da Família (PSF), tentemos compreender melhor o contexto em que está inserido esse profissional.

Incorporando e reafirmando os princípios básicos do SUS – quais sejam: a universalização, a descentralização, a integralidade e a participação da comunidade –, o PSF trabalha a partir de alguns nortes:

- **Caráter substitutivo:** pretende substituir o modelo tradicional, sem que isto implique em criação de novas unidades de saúde.
- **Integralidade e Hierarquização:** inserido no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de assistência (atenção básica), deve garantir aos indivíduos uma atenção integral, assegurando um sistema de referência e contra-referência para serviços de maior complexidade, quando necessário.
- **Territorialização e Cadastramento:** trabalha com território de abrangência definido, a partir de uma população cadastrada, garantindo o vínculo com os profissionais da equipe.
- **Equipe Multiprofissional:** formada em sua composição mínima por 1 médico, 1 enfermeiro, 1 auxiliar de enfermagem, 4 a 6 agentes comunitários de saúde, 1 odontólogo e 1 auxiliar de consultório dental ou técnico de higiene dental. Dependendo da disponibilidade e entendimento do gestor, a equipe pode ser ampliada para outros profissionais de saúde, na intenção de responder às demandas da comunidade adscrita.

A preocupação em melhorar a qualidade de vida da população através de uma aproximação do serviço de saúde com as famílias, incluindo uma estratégia que prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação de saúde das pessoas de forma integral e contínua, é, assim, o principal propósito do Ministério da Saúde, em relação ao PSF (BRASIL, 2004).

Isto tudo leva a constatar que o médico de família tem uma responsabilidade enorme, pois deve estar preparado para trabalhar com um modelo de atenção que via de regra não conhece, aprender a lidar com uma mesma equipe de saúde durante suas 40 horas de trabalho, a partir de um mínimo de estrutura oferecida, muitas vezes em precárias condições de trabalho, com excesso de demanda por atendimento, sem plano de cargos e salários, com vínculo empregatício precário, lidando com sistemas de referência e contra-referência ineficazes; enfrentando,

enfim, grandes desafios por onde, provavelmente, sua formação em medicina não transitou.

Como garantir a qualidade de atenção desse médico? Como realizar educação permanente com ele? Como inseri-lo em um sistema de saúde com tantos problemas sem responsabilizá-lo pela resolubilidade daquilo que extrapola seu alcance? Como propor que participe de uma reorganização da atenção básica ainda tão incipiente? Como valorizar seu cotidiano diante da lógica hegemônica do trabalho e discursos médicos, onde prevalece a biomedicina como critério da verdade? Como sintonizá-lo como agente de transformação de um sistema de saúde desorganizado, no qual uma referência para outro nível de atenção demora três meses para ser realizada?

#### **NA BUSCA DE UMA IDENTIDADE PARA O MÉDICO DE FAMÍLIA**

De maneira a entender o contexto histórico de formação de um médico cuja prática buscasse ultrapassar os limites do diagnóstico anátomo-clínico e da terapêutica como exclusiva competência a ser reconhecida, procuremos entender um pouco sobre a promoção da saúde como um eixo de referência para o médico de família.

A promoção da saúde, que compõe a atenção básica, surgiu como um compromisso firmado pelos países filiados à Organização Mundial de Saúde (OMS) e ao Fundo das Nações Unidas para a Infância e Juventude (UNICEF), em 1978, na Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde (Declaração de Alma-Ata), onde foi firmado um pacto no sentido da formulação de estratégias que impulsionassem a atenção básica nos sistemas de saúde de seus países; incluindo: ampliação de cobertura, garantia de acesso aos serviços, criação de um sistema de referência e contra-referência e participação comunitária (MATTOS, 2001).

A Declaração de Alma-Ata tornou-se um marco para a saúde coletiva em geral, formando o alicerce para o conceito de saúde da família, no qual a promoção e a vigilância à saúde implementaram uma metodologia de trabalho a partir do eixo da descentralização, participação e controle social, em conjunto com a noção de território, problema e intersetorialidade.

Assim, retomando a discussão, como política integradora na construção da atenção básica à saúde, foram criadas, nos anos 80, algumas estratégias de

intervenções que tentavam responder à crise da saúde pública então instalada, culminando com a Reforma Sanitária, na qual o movimento sanitário incorporou mudanças na Constituição Federal de 1988. Tais mudanças ampliaram o conceito de saúde, entendido

“como um direito de todos a ser garantido mediante políticas públicas para a redução dos riscos de doenças e outros agravos e passou a atribuir ao SUS a tarefa de executar as ações de vigilância sanitária e vigilância epidemiológica, bem como as de vigilância em saúde do trabalhador” (FREITAS, 2003, p. 145).

O campo da saúde, via atenção básica, passou a incluir como parâmetro de determinantes dos níveis de saúde de populações humanas, categorias como meio ambiente, estilo de vida e organização dos cuidados médicos (LALONDE, 1974; FALEIROS, 2003; FREITAS, 2003).

Partindo desse ponto, pode-se inferir conseqüências para a prática e competências do médico de família com vistas à certificação, uma vez que este, necessariamente, deverá superar a leitura exclusiva da doença, levando-o a se instrumentalizar, a mobilizar novos saberes, habilidades e valores para o exercício de sua especialidade.

Esse médico assume outra identidade como referência? Ele não é mais aquele médico para quem bastava o conhecimento especializado para conhecer as doenças, realizar diagnósticos, prescrever medicamentos? A identificação das competências do médico de família deverá passar pelo registro da complexa tarefa de auto-reflexão sobre sua própria ação diante do usuário, uma vez que, ampliando-se o campo da saúde, ampliam-se também as ações médicas.

Agrupam-se outros profissionais de saúde na acolhida ao usuário, como se vê nas equipes multiprofissionais da saúde da família, porque o médico sozinho já não pode resolver todos os problemas, o que valoriza a competência de saber trabalhar em equipe.

No Rio de Janeiro, em cujas comunidades onde o PSF vem-se implantando, encontramos condições de trabalho inusitadas, nas quais o profissional, além de lidar com as precárias condições de vida da população, tem que lidar com os dirigentes do tráfico de drogas, que exercem expresso poder local, ao permitirem, ou não, ingerências do médico diante da comunidade.

Bonet (2003) defende a idéia de que cabe ao médico de família realizar promoção da saúde com os indivíduos e suas famílias, oferecer aconselhamento médico sobre problemas psicossociais, familiares, sexuais e de estilos de vida, tendo, assim, como identidade básica de seu trabalho o aconselhamento aos usuários e a prática da promoção da saúde à comunidade.

Como se formatará esse profissional diante da realidade de seu trabalho? Como esse médico pode lidar com as demandas sem responder apenas com uma prescrição focada no biológico?

## Capítulo 2

# ENTRE O PROPÓSITO E A REALIDADE

### ALGUNS GRANDES PROBLEMAS DO PSF

Não existe um modelo único de ser médico de família, assim como não há um modelo único de PSF, dadas as previsíveis particularidades de cada comunidade onde estão instaladas as Equipes de Saúde da Família, principalmente num grande centro urbano. Nossa busca é por um parâmetro geral, através da identificação de características amplas que, consideradas em conjunto, como essenciais e comuns, podem esclarecer e qualificar as competências de um profissional que terá como tarefa viabilizar o acesso do usuário ao sistema de saúde.

Muitas vezes encontramos unidades de PSF com mais de uma equipe, portanto, com mais de uma área adscrita na mesma comunidade, onde são identificadas características comuns e características diversas, estabelecendo aproximações e diferenças no perfil de cada uma destas equipes.

O PSF é sabidamente hoje, no Brasil, uma grande frente de trabalho público para os médicos e, em sendo considerado pelo Ministério da Saúde como uma ação de governo com intenção de consolidação do SUS (MACHADO, 2004), encontra grandes entraves na sua execução, dificultando sua continuidade ou mesmo implantação, devido a problemas já crônicos e ainda sem solução. Tal se aplica a todo o Brasil e não apenas ao Rio de Janeiro, entendendo, assim, que numa visão ampla, se possa compreender que a realidade municipal não está desconectada das decisões de políticas públicas determinadas pelo Governo Federal.

Desta maneira, encontramos na realidade do Município do Rio de Janeiro relato de médicos que identificam problemas na consolidação do PSF, análogos aos também reconhecidos por médicos de família de todo o país, como bem discutido por Machado (2004) e Brandão (2004).

O próprio Conselho Federal de Medicina considera prioritária a revisão das condições de trabalho, remuneração, infra-estrutura principalmente em relação à *referência e contra-referência, plano de carreira, acesso, estabilidade e vínculo* para

a continuidade e sobrevivência do PSF, sob o ponto de vista do trabalho do médico (BRANDÃO, 2004).

Abaixo estão reproduzidos dados a respeito dos tipos de vínculos contratuais dos médicos de família do Brasil, exemplificando um dos grandes problemas identificados.

**QUADRO 1: Vínculos contratuais dos médicos de família - BR**

Contrato temporário	34,30%
Prestação serviço	15,53%
CLT	13,18%
Estatutário	12,24%
Contrato informal	10,46%
Cargo comissionado	4,17%
Cooperado	3,72%
Contrato verbal	1,91%
Bolsa	0,20%
Outro	4,28%

Fonte: Machado (2004).

Podemos observar que prevalece a precariedade no contrato de trabalho do médico de família pelo país. Encontramos, assim, desde a prevalência do contrato temporário de trabalho, que gerando uma contradição diante da necessidade de vínculo e de humanização da relação médico-paciente, e até contrato verbal.

Além dos problemas relacionados à precariedade do vínculo contratual, restam ainda os outros problemas citados, não menos complexos, e que contribuem para uma reflexão sobre os entraves a serem superados.

O PSF deve fornecer para a população, através do repasse do Ministério da Saúde, medicamentos para as doenças mais prevalentes. Esse fluxo de medicamentos, no entanto, não tem a desejada regularidade, o que gera descontinuidade e mesmo o abandono do tratamento. É necessário organizar o sistema de referência e contra-referência pactuado entre os gestores e os gerentes, de forma a garantir a resolubilidade e credibilidade da população. No entanto, aí existem grandes entraves estruturais a serem resolvidos.

No Município do Rio de Janeiro, por exemplo, freqüentemente nos deparamos com a necessidade de referência para outro nível de complexidade, no qual o agendamento de consulta especializada ocorre três meses depois de solicitada. Muitas vezes há recusa, pela Coordenação de Área Programática, em viabilizar um exame solicitado, com o argumento de não haver prestador. Isso obriga o paciente a pagar pelo exame ou, o que é mais comum então, a não fazê-lo, dificultando ou até impossibilitando o tratamento adequado. A demora em processar alguns resultados de exames solicitados origina espera de seis meses para recebimento do resultado de um teste anti-HIV, retardando assim o início do tratamento. Um simples resultado de exame de preventivo ginecológico coletado na unidade demora 70 dias para retornar – ou seja, o usuário é penalizado pela desorganização do sistema de saúde local.

Praticamente inexiste a contra-referência do especialista para o médico de família do Município do Rio de Janeiro, restando a este supor qual foi a avaliação realizada pelo especialista, através do relato do paciente e familiares, ou através da interpretação e análise da receita médica entregue a ele. Não há comunicação formal entre o especialista da rede e o médico de família, o que causa perda na seqüência da investigação e tomada de decisões.

Quando a questão é mais séria e demanda internação hospitalar, seja eletiva ou de emergência, as dificuldades multiplicam-se, expondo ainda mais a saúde do usuário. Não há vagas disponíveis para internação, nem qualquer garantia de atendimento do doente muitas vezes grave. As pessoas têm morrido por causas que poderiam ser prevenidas, em virtude da falta de acesso ao serviço e da falta de organização do sistema local de saúde.

O encaminhamento para outro nível de atenção é, com bastante freqüência, conseguida de maneira informal, ou seja, a partir dos conhecimentos e contatos pessoais do médico de família com colegas que atuam em outros serviços.

Vários depoimentos feitos em fóruns, encontros, seminários e congressos sobre saúde da família, saúde coletiva e correlatos, denunciando clientelismo, com demissão de equipes inteiras quando da mudança do governo local, interrompendo um trabalho que demanda vínculo e tempo no estabelecimento de uma relação de confiança para se afirmar; demonstram o limitado entendimento dos gestores acerca da amplitude do PSF enquanto estratégia de reorganização do SUS.

O Ministério da Saúde, em sua nova estrutura, criou a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), onde o “fortalecimento da gestão do trabalho no SUS [...] tem como objetivo promover a desprecarização dos vínculos de trabalho na saúde e a qualificação da gestão do trabalho no SUS” (BRASIL, 2004, p. 2). A expectativa concreta de mudanças tem sido palpável, a exemplo da prevista 3ª Conferência de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, que, em março de 2006, discutirá propostas de formulação de diretrizes para a implementação de políticas para a área em questão.

Através da SGTES, o Ministério da Saúde assumiu para si a responsabilidade constitucional pelo ordenamento da formação de recursos humanos para a área da saúde. Foi criado o Departamento de Gestão da Educação na Saúde, constituído por três coordenações gerais com responsabilidades de atuação: na educação superior em saúde, na educação técnica em saúde e na educação popular em saúde.

Portanto, discutir sobre certificação profissional do médico de família é abordar um aspecto da qualidade de atenção que a população merece ter, dentro de uma realidade na qual a cidadania desponta como um processo em construção, na qual a preocupação com a proteção dos usuários diante de um atendimento que porventura possa ser ruim, realizado por um médico de desempenho questionável, possa ser de fato discutida a partir do foco nos usuários.

Diante de tantos problemas relacionados à saúde em nosso país, uma reflexão sobre a qualidade da prática desse médico, revela, além da preocupação com o fazer, um cuidado em considerar o contexto dessa ação médica diante da estrutura do sistema de saúde local ofertado.

É claro que de nada adianta a certificação de um médico que não consegue atuar devidamente, por encontrar precárias condições político-institucionais de desenvolvimento do trabalho. No entanto, talvez, a iniciativa, a criatividade, o saber enfrentar diversidades e adversidades sejam atributos fundamentais para o médico de família que queira trabalhar no Brasil. Cabe enfatizar que um mecanismo de acreditação das unidades de saúde da família poderia ser considerado pelas instâncias devidas como um passo fundamental para a boa qualidade da atenção básica.

Não pretendemos um discurso ingênuo; entendemos que as competências do médico de família devam considerar as características locais, as condições de

trabalho em que está inserido, mas apostamos na garantia da qualidade desse médico e em sua condição de agente transformador social, a partir de seu potencial para promover uma reestruturação do sistema de saúde como um todo, dada sua aceitação social (CFM, 2005).

Sem inocência, mas com esperança e afirmando um compromisso com iniciativas que promovam estratégias de mudanças, ouvimos o que pensam alguns médicos de família do Município do Rio de Janeiro.

### **PÓLOS DE CAPACITAÇÃO, FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE DE PESSOAL PARA SAÚDE DA FAMÍLIA *VERSUS* PÓLO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE PARA O SUS**

Aceitando que a identidade básica do médico de família deverá abranger questões relacionadas à promoção da saúde, provocando uma mudança no olhar e na prática desse médico, haverá o Estado de se comprometer com a formação desse profissional, de maneira a incentivar uma outra concepção de atenção à saúde. Assim, da intenção ao fato, passemos a abordar como as políticas públicas têm lidado com a questão da formação do médico de família, num país com tantas diversidades e desigualdades sociais.

No sentido de contextualização temos que, entre os planejadores do Programa de Saúde da Família, estavam técnicos de agências internacionais, como UNICEF e OPAS, além do Ministério da Saúde, na gestão do Dr. Henrique Santillo, e do secretário municipal de Saúde de Quixadá, Ceará, Dr. Luis Odorico. Era dezembro de 1993, e em 1994 já surgia o PSF, a partir do interesse de alguns secretários municipais de Saúde que desejavam “apoio financeiro para efetuar mudanças na forma de operação da rede básica de saúde (expansão do programa dos agentes para outros tipos de profissionais)” (VIANA; DAL POZ, 1998, p. 18-19), dado o sucesso da experiência do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Em 1995, o ministro Adib Jatene alavancou o programa, transferindo-o da Fundação Nacional de Saúde para a Secretaria de Assistência à Saúde, onde haveria mais facilidades burocráticas para se consolidar (VIANA; DAL POZ, 1998).

O Programa Comunidade Solidária, criado no início do governo Fernando Henrique Cardoso como uma estratégia de articulação de programas sociais, elegeu o PACS e o PSF como “instrumentos de consecução de suas estratégias” (VIANA;

DAL POZ, 1998, p. 22), o que certamente colaborou para uma maior visibilidade do PSF.

Com a necessidade de conduzir a transformação do quadro sanitário do país a partir de novas práticas surgidas com o PSF, o Ministério da Saúde, entendendo sua responsabilidade diante da formação desses profissionais, criou o *Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família*. O objetivo era, assim, desenvolver recursos humanos em saúde da família. A proposta previa a articulação entre instituições de educação superior, que se consorciariam ou realizariam convênios, com as secretarias estaduais e/ou municipais, para formação e educação permanente das pessoas envolvidas na prestação de serviços em saúde da família (BRASIL/INFORME ATENÇÃO BÁSICA, 2001).

Como estratégia de integração entre ensino-serviço, os pólos foram desenvolvidos de modo a oferecer:

- A curto prazo: treinamento introdutório para as equipes de saúde da família e cursos de atualização para melhoria da resolubilidade das equipes.
- A médio prazo: realização de cursos de especialização à distância, programas de educação permanente, a exemplo de interconsultas a especialistas, desenvolvimento de protocolos clínicos, organização de serviços etc.
- A longo prazo: desenvolvimento de iniciativas, com a meta de introdução de inovações nos cursos de graduação (SAÚDE DA FAMÍLIA, 2004).

No entanto, os Pólos de Capacitação em Saúde da Família tiveram limitado impacto sobre as instituições formadoras e sobre práticas dominantes no sistema de saúde. Apesar da relativa aproximação entre as instituições formadoras e serviços do SUS, e do fortalecimento do movimento por mudanças no processo de formação, e até mesmo de mudanças pontuais nos modelos hegemônicos de formação em saúde (BRASIL, 2003), os pólos precisavam de ajustes.

Uma pesquisa envolvendo todos os pólos de capacitação implantados no Brasil, divulgada em 2001 pelo Núcleo de Estudos de Políticas Públicas da Universidade Estadual de Campinas (NEPP/UNICAMP), sob o título *Formação de*

*Profissionais para a Saúde da Família: Avaliação dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para o PSF*, apresentou os seguintes resultados:

- baixo impacto dos pólos na graduação e com os profissionais da área da saúde;
- sistema de monitoramento e avaliação pequeno;
- distanciamento entre o que se preconizava e o que era realizado pelas equipes de PSF.

A conclusão da pesquisa apontou para a seguinte necessidade: “Fica assim reforçada a importância de desenvolver sistemas de monitoramento da competência do gestor e do programa” (SAÚDE DA FAMÍLIA, 2004, p. 2).

Algumas críticas se avolumaram sobre o desempenho dos Pólos de Capacitação em Saúde da Família, culminando com sua transformação, em processo, em *Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS*, ampliando-se assim o foco sobre a necessidade de transformar a formação dos profissionais.

A discussão passou a envolver o questionamento segundo o qual repensar a prática da saúde e mudar o modelo de atenção, a forma de acolhimento, o vínculo com o usuário, não eram uma necessidade só da saúde da família, mas de todos os profissionais do SUS.

Foi formulada a Portaria Ministerial nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004, que instituiu a “Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor” (BRASIL, 2004). Essa portaria tem a intenção de construir uma articulação entre gestão, atenção e participação popular com o componente de educação dos profissionais de saúde do SUS e não mais apenas para os profissionais da saúde da família. Propões ainda uma união entre ensino e serviço, gestão e gerência, controle social e qualificação de práticas de saúde, educação profissional e políticas públicas. Ecoa como um conceito pedagógico para fortalecer o desejado encontro entre: ensino, ações e serviços de saúde, docência e atenção à saúde, formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde.

Desta forma, os Pólos de Capacitação em Saúde da Família foram superados, passando a integrar os Pólos de Educação Permanente em Saúde, na formulação locorregional da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Considerando a educação permanente, os novos pólos identificam necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores de saúde, além de

“estimular a transformação das práticas de saúde e de educação na saúde no conjunto do SUS e das instituições de ensino, tendo em vista a implementação das diretrizes curriculares nacionais para o conjunto dos cursos da área da saúde e a transformação de toda a rede de serviços e de gestão em rede-escola” (BRASIL, 2004, p. 2).

Desta maneira, a transformação da formação e gestão do trabalho em saúde não pode ser considerada simplesmente em sua instância técnica. Os Pólos de Educação Permanente em Saúde deverão implicar questões tecnopolíticas, envolvendo mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas (BRASIL, 2003).

Em sua estrutura têm a lógica de utilizar a problematização do processo de trabalho nas capacitações dos trabalhadores em saúde e instituir a construção da Cadeia do Cuidado Progressivo à Saúde na rede do SUS. Esta rompe com o conceito de sistema verticalizado, para trabalhar com a idéia de rede, de um conjunto articulado de serviços básicos, ambulatoriais de especialidades e hospitais gerais e especializados em que todas as ações e serviços de saúde sejam prestados reconhecendo-se contextos e histórias de vida e assegurando adequado acolhimento e responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e das populações (BRASIL, Portaria nº 198/GM/MS, 2004).

Embora ainda recente para ser avaliada em sua amplitude, a política de educação permanente relaciona-se com a certificação por competência do médico de família, na medida em que propõe um modelo transformador de ações, que caso realizado, qualificaria a atenção desse médico no contexto de sua prática.

## **RESULTADO DE AVALIAÇÃO DA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL**

Mas, se o Pólo de Educação Permanente veio para discutir a atuação dos profissionais de saúde do SUS de uma maneira mais ampla, inaugurando, ao menos

em tese, uma mudança na ótica de educação em serviço, a saúde da família demonstra resultados práticos reais, reforçando a necessidade de manutenção de um enfoque específico para que de fato se solidifique. A questão não está posta enquanto política de saúde, retirando um pouco da prioridade em especificar estratégias para a saúde da família em si, já que as ações do Pólo de Educação Permanente envolvem os profissionais do SUS em geral e não apenas os trabalhadores da saúde da família.

Assim, o Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Atenção Básica, realizou, entre junho de 2001 a agosto de 2002, uma avaliação normativa do processo de implantação do PSF no Brasil. A pesquisa, mesmo tendo sido feita há três anos, é considerada um marco, devido a sua abrangência e magnitude, e por essa razão optamos por divulgá-la aqui.

O objetivo da pesquisa era avaliar a atenção básica no momento de identificação de “distorções e inadequações na implementação dos princípios e diretrizes do PSF no país.” (INFORMES DA ATENÇÃO BÁSICA, 2003, p.1). O estudo buscou caracterizar o processo de implantação das equipes de saúde da família e saúde bucal em relação a:

- infra-estrutura das unidades;
- processo de trabalho das equipes; e
- capacitação de profissionais.

Os resultados obtidos demonstraram que 95% das equipes de saúde da família do país estavam completas a partir da equipe mínima preconizada pelo Ministério da Saúde; 78% iniciaram seu funcionamento desde um período inferior a três anos, tendo, portanto uma bagagem de experiências ainda muito recente e pouco consolidada. E 54% das equipes atuavam em áreas urbanas. Cerca de 80% das equipes utilizavam os critérios de adscrição de clientela. Observou-se que todas as categorias profissionais da equipe (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde e odontólogos) realizavam visita domiciliar com percentuais superiores a 90% (menos os odontólogos).

As atividades de educação em saúde e de reuniões comunitárias apresentaram variações percentuais de 42% a 53%, e de 63% a 77%, respectivamente, também em toda a equipe, menos os odontólogos. Mais de 90% das equipes realizavam atividades de controle de hipertensão e diabetes, 60%

diagnosticavam hanseníase, 70% tuberculose e 83% notificavam doenças sob vigilância (INFORMES DA ATENÇÃO BÁSICA, 2003).

Em estudo anterior, realizado em 1999 e publicado em 2000, o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Políticas de Saúde e Departamento de Atenção Básica, em conjunto com a FIOCRUZ, pesquisou o *Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa de Saúde da Família no Brasil* (MACHADO, M. H, 2000). Os itens estudados abrangeram:

- identificação do profissional;
- formação profissional;
- acesso à informação técnico-científica; e
- mercado de trabalho.

Os resultados apontaram, na época, que o PSF no Brasil era típico de município do interior do país, composto principalmente por mulheres, com faixa etária predominante entre 30 e 49 anos (70,43% dos médicos e 58,72% de enfermeiros). Na faixa etária de até 29 anos encontraram-se 14,26% dos médicos e 36,27% dos enfermeiros. Absorvendo profissionais da própria região de moradia, a pesquisa demonstrou que a maioria dos médicos e enfermeiros que trabalham no PSF é oriunda de universidades públicas.

Os 69,72% dos médicos no PSF concentravam-se em duas faixas: entre cinco e 14 anos de formados e entre 15 a 24 anos de formados. Os enfermeiros eram mais jovens que os médicos, pois 43,09% tinham até quatro anos de formados.

Mais da metade dos médicos e enfermeiros relatava ter acesso a alguma publicação relativa ao PSF, especificamente publicações do ministério; no entanto, quase a totalidade desses profissionais expressou necessidade de maior aprimoramento técnico-científico, principalmente através de cursos de curta duração, seguidos de curso de especialização, curso de mestrado e/ou doutorado e curso de aperfeiçoamento e por último, cursos à distância. Isso demonstra a importância de investimentos na qualificação e reforça a relevância da certificação neste estudo.

Em relação ao perfil do mercado de trabalho, a maioria dos médicos e enfermeiros atuava no PSF há menos de um ano, o que caracteriza uma experiência recente e com fragilidades imagináveis.

Uma outra pesquisa importante, de âmbito nacional, promovida também pelo Ministério da Saúde e coordenada por Ana Luiza D'Ávila Viana, sob o título: *Indicadores de Monitoramento da Implementação do PSF em grandes centros urbanos* (VIANA, 2002) sinalizou um crescimento das equipes de PSF na direção de municípios com mais de 100.000 habitantes, principalmente nas regiões Sudeste e Sul.

A pesquisa demonstrou que o PSF está presente em 162 municípios brasileiros com 100.000 habitantes ou mais, o que perfaz 72,5% do total de municípios desse porte populacional, uma vez que existem, no Brasil, 224 municípios com mais de 100.000 habitantes (VIANA, 2002). Destes, apenas 5% têm PSF implantados há mais de quatro anos, confirmando mais uma vez que esse modelo se consolida em grandes centros urbanos muito recentemente em nosso país. Merece, no entanto, a atenção das escolas médicas para a discussão do perfil de seus egressos, que deverão estar aptos a trabalhar como médicos generalistas, em consonância com as necessidades do país em redimensionar a atenção básica.

Para concluir o presente capítulo, recorreremos à FEUERWERKER (2002), que afirma que a integração biopsicossocial deve agregar potência ao ato médico e ao saber sobre a doença e a saúde para que obtenha resposta, já que o que está em jogo é a relação do médico com o usuário. É essa relação que precisa ser revista, redimensionada e reescrita, agregando a experiência e os saberes de outras áreas (principalmente humanas e sociais).

A medicina não é ciência exata, não se reduz à ciência biológica. É antes de tudo uma prática social, por isso deve dialogar interdisciplinarmente. Para que tal diálogo aconteça, a condição de troca é essencial.

Introduzida em algumas escolas médicas do país como estágio curricular, a saúde da família tende a propiciar uma maior articulação de campos de saberes do processo saúde-doença do que a clínica tradicional. Gerando, tanto para docentes, quanto discentes, uma relação de maior prazer, satisfação, em relação à construção de um conhecimento e uma prática mais abrangentes (FEUERWERKER 2002, p. 278). Incentivar o contato do estudante de medicina com a realidade do trabalho em atenção básica, através do PSF, como atividade curricular, seria um dos caminhos a se percorrer para inovações na educação médica – inovações que começam a se sistematizar, mesmo dentro das escolas médicas mais tradicionais (LAMPERT, 2002).

### Capítulo 3

## DA (DE)FORMAÇÃO MÉDICA PARA O MUNDO DO TRABALHO

### AVALIAR PARA TRANSFORMAR

Com a premissa de que a formação e a avaliação fazem parte de um mesmo processo, ideal seria se fossem planejadas conjuntamente. Mas a educação médica e, por extensão, a certificação na medicina em geral, não são organizadas a partir dos parâmetros das competências, o que justifica nossa tentativa de explicitar alguns preceitos básicos sobre avaliação por competência e contribui para a utilização dessa lógica para o gerenciamento de recursos humanos em saúde.

A avaliação por competências inclui um enfoque para os conhecimentos, habilidades e atitudes na perspectiva de construção de critérios bem definidos, tanto para o candidato quanto para o avaliador, de modo a diminuir o grau de subjetividade inerente ao próprio processo avaliativo. As competências são avaliadas indiretamente, através do desempenho, considerando-se a integração de múltiplos conhecimentos, habilidades e atitudes. No entanto, é relevante esclarecer que as competências não se reduzem aos atos realizados.

No entanto, a observação do desempenho permite identificar o uso que o sujeito faz daquilo que sabe – a articulação, a mobilização das capacidades e dos saberes que utiliza. O desempenho é, assim, o ponto de convergência observável dos vários elementos relevantes que traduzem a competência ante uma situação.

Assim, temos que a avaliação por competências não pode deixar de levar em conta três de suas dimensões fundamentais: diagnóstica inicial, formativa e recapitulativa (HERNÁNDEZ, 1998). Assim:

- Diagnóstica inicial: permite detectar os atributos que os candidatos já possuem e utilizá-los para a estruturação do processo ensino-aprendizagem. Deve tentar recolher evidências sobre as formas de aprender dos candidatos, suas experiências e conhecimentos prévios, seus erros e concepções apriorísticas. Os instrumentos utilizados nesse caso podem ser: exercícios de simulação,

realização de um pequeno projeto ou tarefa, perguntas orais, exame escrito.

- Dimensão Formativa: permite identificar o nível de evolução dos alunos no processo de ensino-aprendizagem. A análise dos trabalhos deve ser feita não para julgar se estão bem ou mal realizados, mas para detectar os erros conceituais observados e as relações não previstas, o que permitirá levantar subsídios para que haja progresso no processo de apreensão dos conhecimentos, desenvolvimento e aprimoramento de destrezas, construção de valores e qualidades pessoais. O instrumento utilizado deve ser baseado no diálogo, através de uma entrevista, uma conversa estabelecida, idealmente, a partir da observação e acompanhamento do cotidiano do candidato.
- Dimensão Recapitulativa: apresenta-se como um processo de síntese de um tema, um curso ou um nível educativo, sendo o momento que permite reconhecer se foram alcançados os resultados esperados, adquiridas algumas das destrezas e habilidades propostas, em função das situações de ensino-aprendizagem planejadas (HERNÁNDEZ, 1998).

Devemos ressaltar que a certificação seria uma outra dimensão da avaliação, já que legitima a promoção do candidato de uma etapa a outra, sendo considerada o ápice do processo de formação. Ela é o reconhecimento formal da competência demonstrada, e seria uma garantia de qualidade sobre o que o indivíduo é capaz de fazer.

Mas a avaliação é um processo difícil, já que “abrange múltiplos objetos, relações e usos, bem como desperta sentimentos e atitudes potencialmente conflitantes entre pessoas com diferentes categorias de papéis” (SOBRAL, 1994, p. 7).

Demo (1999) identifica duas instâncias da qualidade da avaliação: a qualidade formal e a qualidade política. Entre as duas não há juízo de valor, uma não é melhor, superior ou mais nobre que a outra. A dimensão da realidade inclui o olhar objetivo, material, palpável, quantitativo, tecnológico e, portanto, mensurável (qualidade formal); e um olhar subjetivo, referente principalmente aos conteúdos, aos fins, referente ao relacionamento do homem com a natureza e do homem com

outro homem, o que ele faz de si mesmo, dadas as circunstâncias objetivas (qualidade política).

A avaliação, ao incluir a qualidade formal e a qualidade política como referências, encerra uma relação de interdependência entre as mesmas, num condicionamento mútuo, correspondente à complexidade da existência humana. Por essa razão, avaliar é um processo complexo.

O tema “recursos humanos” esteve até há muito pouco tempo ausente das agendas das reformas do setor Saúde na maioria dos países latino-americanos (SENAC, 2004), gerando uma cultura de não-valorização da avaliação do trabalho profissional. Não há a cultura, em nosso país, da avaliação qualitativa médica; bastando, no geral, uma (e somente uma) avaliação quantitativa quando da entrada do profissional na residência ou em cursos de especialização.

Recentemente, no entanto, o Conselho Federal de Medicina aprovou a recertificação como um componente para a revalidação do título de especialista, inaugurando uma mudança no foco dessa discussão no Brasil (CFM, 2005). Outro marco importante foi a criação da Comissão Interministerial de Certificação Profissional, através da Portaria Interministerial nº 24, de 20/12/2004 (Diário Oficial da União, nº 244, Seção 1, p. 73, 21/12/2004), segundo a qual os ministérios da Educação, do Trabalho e Emprego, do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior, da Saúde, do Turismo e Conselhos Nacionais da Educação e do Trabalho uniram-se com a finalidade de coordenar ações governamentais, subsidiando a elaboração e implantação de políticas públicas de certificação profissional.

Vemos, assim, um movimento de aproximação, no Brasil, de discussões e ações concretas no sentido de viabilizar uma avaliação por competência, centrada no desempenho, entendido como a expressão concreta dos recursos que o sujeito, no nosso caso o médico de família, aciona quando enfrenta determinadas situações.

É necessário considerar as condições sob as quais esse desempenho se apresenta na realidade, uma vez que entendemos que a avaliação dentro da Certificação do Médico de Família deva envolver:

- O saber fazer: que recobre dimensões práticas, técnicas e científicas adquiridas formalmente e/ou por meio da experiência profissional.

- O saber ser: que inclui traços de personalidade e caráter, que ditam os comportamentos nas relações sociais de trabalho.
- O saber agir: é subjacente à exigência de intervenção ou decisão diante de eventos (saber trabalhar em equipe, ser capaz de resolver problemas e realizar trabalhos novos, diversificados) (MANFREDI, 1996).

Na certificação por competência, na maioria das vezes, segundo experiências internacionais, a avaliação não está inserida dentro de um programa de formação. Desta maneira, não pode ser entendida como uma prática que permita uma mediação pedagógica – ou seja, não poderá servir ao duplo papel de regular as aprendizagens e identificar seus resultados. No entanto, servirá como parte complementar da norma, na medida em que mensura a distância que falta para o indivíduo percorrer até a norma (PERRENOUD, 1999).

Avaliar implica em reformular, aperfeiçoar, enfim, aprender, numa concepção que supõe que a avaliação seja compreendida não como fonte de resultado, mas como fonte de aprendizagem. A aprendizagem possibilita a transformação.

#### **A BIOMEDICINA E A FORMAÇÃO MÉDICA**

Seria desejável que, de fato, todos os profissionais da saúde, independentemente de seu local de trabalho, trabalhassem na prevalência de um “compromisso e a preocupação de se fazer a melhor escuta possível das necessidades de saúde trazidas por aquela pessoa que busca o serviço” (CECILIO, 2001, p. 116). Mas, esta, infelizmente não é uma realidade. O que observamos são inúmeros relatos de dissabores e desencontros envolvendo os pacientes que, de uma maneira geral, procuram um hospital público ou um posto de saúde. Não que isto não ocorra no PSF, mas como aí a lógica do trabalho envolve necessariamente um vínculo efetivo entre o profissional e o usuário, essa possibilidade se torna ainda mais indesejável. O PSF busca como saída, na oferta do vínculo entre os profissionais e os usuários, construir de fato uma relação transformadora entre ambos.

Mas, se os médicos do posto, do PSF, ou do hospital tiveram uma formação baseada na biomedicina ou medicina ocidental contemporânea, na concepção de Luz (1997), podemos refletir que, na perspectiva da construção de mudanças na

prática médica, tanto o modelo assistencial quanto a educação médica necessitam ser urgentemente revistos.

Indo um pouco além, a biomedicina, entranhada na formação médica ocidental, promove a composição de um profissional, dentro de uma cultura médica, que, de uma maneira geral, desvaloriza o trabalho na atenção básica. Assim, a Biomedicina é caracterizada por:

- pouca consideração da relação médico-paciente como elemento fundamental da terapêutica;
- busca de meios terapêuticos complexos com uso de tecnologia cara;
- pouco investimento na autonomia do paciente;
- afirmação de uma medicina que tenha como categoria central de seu paradigma a categoria de doença e não de saúde (LUZ, 1997).

A prática do médico de família exige, portanto, a incorporação de valores dissonantes aos adotados pela biomedicina, o que provoca uma contradição: como um médico formado na lógica da biomedicina pode conciliar, negociar internamente com uma prática (saúde da família) que questiona seus valores de referência? E mais, como ressignificar a lógica de atuação desse profissional e torná-lo convicto de valores outros?

A biomedicina vincula biologia e medicina, legitimando “o conhecimento produzido por disciplinas científicas do campo da biologia” (CAMARGO, 1997, p. 47) e estruturando uma prática médica que, na tentativa de ser “científica”, se distancia do ser humano.

Muitos médicos e educadores procuram inovar e transformar saberes e práticas na direção do envolvimento do ser humano como totalidade (PERESTRELLO, 1982). Mas também a sociedade provoca novas atitudes nas instituições e hoje há um movimento de releitura da assistência médica que inclui a saúde da família na busca de uma medicina que se aproxima de uma mudança de paradigma, como a concebe Luz (1997).

Assim, vários cursos de medicina do país introduziram a saúde da família na graduação (FEUERWERKER, 2002) e já contam com essa experiência, ainda que pontual e em construção, a exemplo da Universidade Estadual de Londrina,

Faculdade de Medicina de Marília, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (USP), Universidade Estácio de Sá (Rio de Janeiro), dentre outras.

Se considerarmos a pós-graduação em prospecção de crescimento para além das 37 instituições que mantêm Residência em Medicina de Família e Comunidade e a condição de especialidade reconhecida pela AMB tendo o título de especialização como parâmetro de excelência, é possível que nos próximos anos, médicos mais bem preparados e com outras possibilidades na atenção ao usuário estarão influenciando uma nova geração de médicos. No entanto, teríamos um processo com resultados concretos para a mudança do paradigma médico apenas para médio e longo prazos.

Diante de um mercado de trabalho na saúde da família com muitas ofertas por todo o país, principalmente para o médico e, em geral, sem exigência de qualquer qualificação prévia em saúde da família, o que pensar da qualidade desses muitos médicos que estão e estarão trabalhando no PSF sem um preparo devido?

Por isso a importância de refletir sobre a qualidade dos médicos de família como resposta à fundamental reestruturação do modelo de atenção à saúde, frente à expansão do PSF, numa ótica de discussões propositivas na implementação de ações específicas frente a tantas mudanças estruturais necessárias.

Mudanças estruturais são implementadas por “pessoas, ou sujeitos sociais, atuando nas relações que estabelecem entre si a partir do impacto que atribuem na abertura de caminho para a produção de fatos e processos” (ALMEIDA, 1999, p. 13). Assim, são as pessoas que, responsáveis por mudanças pretendidas, determinam, através de atitudes e ações, a intencionalidade de suas concepções e crenças diante de outras pessoas. São elas, portanto, que devem ser transformadas se a pretensão é de mudanças e inovações.

Posto que grande parte dos médicos que trabalham na saúde da família é oriunda das escolas públicas do país (MACHADO, 2000), seja em nível de graduação ou de pós-graduação, há de se considerar as prioridades da formação médica em geral, nessas e em outras escolas, na pretensão de uma certificação futura, caracterizando o compromisso do Governo Federal junto às Instituições de ensino médico.

Mas a formação médica e as políticas públicas não se entrecruzam, muito embora estratégias para minorar esse hiato tenham sido implementadas, a exemplo

da instituição dos Pólos de Educação Permanente em Saúde, que endereçam linhas de apoio à saúde da família e aos profissionais do SUS tanto em instâncias educacionais quanto de serviços.

#### **DE UM OUTRO OLHAR PARA O MUNDO DO TRABALHO**

A formação dos trabalhadores em geral, incluídos aí os médicos de família, face às transformações do mundo contemporâneo diante dos processos de reestruturação produtiva, compõem a necessidade não mais de uma qualificação isolada, passando a prescindir de uma formação profissional vista como fruto da articulação de vários elementos, subjetivos e objetivos.

O olhar para o mundo do trabalho ampliou-se. A exigência de qualidade de um bom profissional deixou de ser o daquele que sabe mais em termos de quantidade, para se tornar aquele que melhor sabe articular e disponibilizar durante seu desempenho profissional os atributos adquiridos na vida social, escolar, pessoal e laboral (KUENZER, 1999). Profissionais de excelência são aqueles que, preparados para lidar com a incerteza, com a flexibilidade e a rapidez na resolução dos problemas em sua prática cotidiana, “utilizam, integram, ou mobilizam tais conhecimentos” (PERRENOUD, 1999, p. 8).

Com o entendimento de que a formação médica faz parte de um processo de educação escolar e que esta deve estar vinculada ao mundo do trabalho e à prática social (BRASIL, LDB, Art, 1º, 1996), inferimos que o médico deve estar orientado para o mundo do trabalho no parâmetro da competência de um profissional que sabe buscar o conhecimento quando sente a necessidade de fazê-lo. Deve, assim, ser avaliado na medida do que é capaz de realizar e não tão somente na medida do seu saber, de seu conhecimento isolado, de seu aporte “científico”.

Aprofundando um pouco mais sobre o conceito de competência, consideramos que as competências provêm do deslocamento conceitual da noção de qualificação, utilizado no pós-guerra quando da construção do Estado de Bem-estar Social, servindo ao propósito de “interrogar e ordenar práticas sociais” (RAMOS, 2001, p. 39).

Assim, a qualificação tinha um papel regulador da sociedade, servindo tanto à competição entre os trabalhadores, quanto ao controle dos mesmos. “Nota-se, portanto, que o conceito de qualificação nasce de forma correlata e consolida-se

com o modelo taylorista-fordista de produção, em torno do qual se inscrevem tanto os padrões de formação quanto os de emprego, carreira e remuneração” (RAMOS, 2001, p. 42).

A dimensão social da qualificação profissional traduz a discussão atual sobre competência. A qualificação profissional tende a ser abandonada como conceito organizador das relações de trabalho e de formação, mesmo se considerando que o diploma ou certificado delimite o acesso ao mercado de prestação de serviços profissionais. A qualificação profissional dá lugar, assim, à noção de competência, que valoriza, em nome da produtividade, para além do domínio dos conteúdos reais do trabalho. Competência que valoriza e inclui “para além das aquisições de formação, seus atributos pessoais, as potencialidades, os desejos, os valores” (RAMOS, 2001, p. 53).

Destaca-se, dessa maneira, uma vigilância maior ao processo de trabalho, a capacidade de abstração, a importância em saber lidar com o novo, com o inusitado, as capacidades comunicacionais, de liderança, de saber trabalhar em equipe. A prática dos trabalhadores em saúde em geral e dos médicos de família, em particular, não deveria ser considerada apenas como uma resposta adequada às demandas dos sistemas de produção, pois “possui uma natureza reflexiva e criativa” (RAMOS, 2005, p. 217).

O saber deve ser incorporado à atividade prática, “transformando o conhecimento tácito do trabalhador em atributo daquela atividade profissional” (RAMOS, 2001, p. 55). Há uma releitura dos processos de trabalho numa perspectiva de compreendê-los em suas contradições e da avaliação de que eventualmente se filiam de modo contra-hegemônico nas relações capital-trabalho, já que o que se espera do trabalhador, a partir do conceito de competência, é uma maior autonomia e utilização dos conhecimentos por ele mobilizados dentro da eficiência produtiva. Análises críticas e socialmente comprometidas com a classe trabalhadora recolocaram o debate das competências como processo de construção do conhecimento e das relações de trabalho.

Na década de 90, com o auge da globalização das atividades capitalistas e a deterioração das relações capital-trabalho, o discurso sobre competências ganhou força no mundo todo (GONÇALVES, 2002, p. 23), com o objetivo de racionalizar, aperfeiçoar e adequar a força de trabalho diante das novas demandas capitalistas, correlacionando a carreira do indivíduo a seu desempenho e formação. As novas

demandas capitalistas diziam respeito a um novo padrão de acumulação capitalista flexível ou toyotista, valorizando a competitividade, produtividade, agilidade e racionalização de custos.

Não devemos esquecer que as reformas educacionais nos países periféricos da América Latina e Caribe foram realizadas sob orientação de organismos internacionais mais interessados na economia que na educação (GONÇALVES, 2002, p. 24). No Brasil, por exemplo, o Banco Mundial recomendou que as ações de educação profissional fossem, progressivamente, repassadas para a esfera privada (KUENZER, 1999).

O modelo de competências exerce um controle menos formalizado e mais difuso, desviando-se de conflitos e resistências dos trabalhadores diante dos patrões. Mas, sem ilusões, sua intenção é controlar a produção do trabalho, objetivo do capitalismo, inserido visceralmente na nossa sociedade, hábil na manutenção das desigualdades sociais.

Sendo assim, ao defendermos uma avaliação por competência para o médico de família, caminhamos no contexto contemporâneo de inevitável conflito entre patrões e empregados, mas também para uma transformação nas relações com o usuário que começa a se fazer ouvido. A lógica capitalista oferece qualidade para aumentar o consumo. Todos querem o melhor, mesmo os excluídos, os que ganham pouco, os que moram em precárias condições, os que nem moradia têm. Talvez estejamos nos esforçando na convicção de que, ao considerarmos a qualidade do atendimento do médico de família, possamos melhorar a comunicação do médico com seu usuário, na esperança de que assim, com a troca, se possibilite o acesso à melhora da qualidade de vida de ambos, uma vez que uma mudança no sistema econômico atual em nosso país não está em discussão.

Possibilitar que os profissionais de saúde, especialmente os médicos de família e a população, solidifiquem aproximações, é caminhar na direção do diálogo, instrumento capaz de transformações. Se, em decorrência, os médicos de família e seus usuários se beneficiarem de suas vivências e conclusões, desafiando a afirmação de “que, cada vez mais, o doente não saiba mais quem é seu médico. Falar da relação médico-doente é praticamente falar de um mito” (CLAVREUL, 1983, p. 212) – se conseguirmos reescrever essa afirmação, então já valeu o esforço.

O médico está diante de muitos desafios, difíceis e paradoxais, uma vez que tem papel social duplo: de um lado, representa um corpo de normas, exercendo um

controle sobre as pessoas; e por outro, o de “terapeuta frente a um caso, um doente, uma situação humana” (SAYD, 1998, p. 155). Vivemos em um país capitalista, num sistema econômico de mudanças improváveis, onde os modelos empresariais exercem influência nos sistemas educacionais (SANTOMÉ, 1998), incorporando valores e pressupostos do mundo capitalista. Tal questão fica clara quando objetivamos associar as competências ao mundo do trabalho.

No meio médico isto é uma realidade evidente, diante de, por exemplo, a utilização muitas vezes precoce e desnecessária de tecnologias caras e sofisticadas na resolução de problemas de saúde. Defendemos a certificação por competência, a partir da ótica de ampliação do controle social, na viabilização das mudanças institucionais que o médico de família pode propiciar, já que estabelece um contato íntimo com as famílias que acompanha, o que o faz um agente de transformação social.

As competências profissionais são reproduzíveis e conferem maior velocidade no processo de sua construção. Para além dos conhecimentos, mobilizam experiências passadas numa mescla de repetições do já vivido, invenções parcialmente originais e a singularidade de situações presentes. Desta maneira, para um médico geriatra, por exemplo, comunicar para alguém uma notícia grave torna-se uma rotina, o que para um outro profissional pouco habituado a tal situação pode ser uma condição particularmente dolorosa e difícil.

As competências são aquisições, aprendizados construídos, tendo como indicador relativamente confiável o desempenho, que, supostamente mais estável, mede indiretamente a competência. Construir uma competência significa aprender a identificar e a encontrar os conhecimentos pertinentes.

“Uma competência com uma certa complexidade envolve diversos esquemas de percepção, pensamento, avaliação e ação, que suportam inferências, antecipações, transposições analógicas, generalizações, apreciação de probabilidades, estabelecimento de um diagnóstico a partir de um conjunto de índices, busca de informações pertinentes, formação de uma decisão, etc.” (PERRENOUD, 1999, p. 24).

Um médico competente põe em relação seu conhecimento de medicina. Ele deve dialogar internamente com os conhecimentos que deve ter como condição necessária de sua competência, mas ir além. Deve saber utilizar esse conhecimento dentro do contexto da situação apresentada, já que para tal a mobilização de sua

experiência pessoal de vida, seus afetos, sua intuição, interpretações, interpolações, inferências, enfim, toda uma composição de saberes e perícias quanto de sua visão da situação serão necessárias para o bom atendimento de quem o procura.

Perrenoud (1999) problematiza afirmando que, para o desenvolvimento das competências, há a necessidade de um quesito fundamental: tempo. Tempo para viver as experiências e analisá-las. Um tempo vivenciado na escola e que, via de regra, é utilizado para a aquisição de conhecimentos. Contextualiza sobre a impossibilidade de, em um número limitado de anos de escolaridade, cobrir programas de conhecimentos, senão abrindo mão, em grande medida, da construção de competências. Há um conflito de prioridades relacionado à divisão do tempo de trabalho na aula. Assim, com um desvio de equilíbrio a escola prioriza o conhecimento em detrimento da competência.

Na escola médica não é diferente. O currículo é construído com base na aquisição do conhecimento, sem a devida ênfase na mobilização de outros atributos, perpetuando uma postura, via de regra, acrítica.

Ao propormos uma certificação com o olhar nas competências, propomos também a retomada de uma discussão sobre educação em geral. Reacende a velha questão sobre qual é o papel da escola: o da informação (conhecimento) ou o da formação (competência)?

#### **NA SOLIDEZ DE NECESSÁRIAS PERGUNTAS**

A certificação por competência coloca diante do médico de família um panorama que indica a necessidade de construção de critérios que possibilitem sua avaliação e educação permanente no foco do aprimoramento e reconhecimento profissionais, assegurando padrões mínimos de aceitabilidade, qualificando a fase de definição desses critérios como

“de fundamental importância para garantir a qualidade do desempenho profissional desejado. O processo de definição de critérios e indicadores deve ser o mais transparente possível, incluindo a participação de diversos atores e prevendo a negociação dos resultados” (DEPRESBITERIS, 2001, p. 15).

É preciso, assim, determinarmos critérios de competências com esse médico de família, uma vez que, ao estabelecermos um profissional qualificado como

excelente, estamos também estabelecendo critérios para um profissional inadequado, caracterizado, “na maioria das vezes com critérios de inaceitável ou não aceitável” (CORDEIRO, 2001, p. 3). Por isso esta pesquisa ouviu os médicos de família do Município do Rio de Janeiro, investigou o que pensam sobre a qualidade de seu trabalho e construiu uma proposta de certificação por competência, incorporando as competências já descritas no documento da Sociedade Européia de Clínica Geral/Medicina Familiar (Wonca Europa), reconhecidas como um consenso.

#### A WONCA Europa

“é uma liderança acadêmica e científica, em representação da Medicina Geral e Familiar, em todo o continente. Os seus membros incluem as organizações nacionais acadêmicas de Medicina Familiar de 30 países europeus, bem como médicos de família enquanto membros individuais. O seu principal papel consiste em promover e desenvolver a disciplina, de modo a serem atingidos e mantidos elevados padrões de formação/educação, investigação e prática clínica, em benefício dos pacientes individuais e das comunidades” (WONCA EUROPA, 2002, p. 3).

Mas a certificação profissional deve dar solidez a algumas necessárias perguntas que esse médico deve responder, antes de tudo, a si próprio:

- Eu sou um bom médico?
- Tenho um bom desempenho em minha profissão?
- Eu me atualizo adequadamente?
- Eu trabalho bem em grupo?
- Que recursos e suportes necessito para desempenhar bem o meu papel?
- Como posso traçar e encontrar meus objetivos de trabalho?
- O que preciso fazer para desenvolver minhas necessidades em falta?

A determinação de competências específicas responde em parte a essas questões, já que estabelece parâmetros. Ressaltamos, assim, a existência de competências gerais e específicas. As gerais são inerentes àquela profissão, e não podem faltar àquele profissional como um todo. Por exemplo: qualquer médico que

exerça sua profissão, independentemente da especialidade escolhida, deve manter uma relação ética com as pessoas.

As competências específicas são as que, pertinentes àquela especialidade, àquela maneira de fazer, estariam ligadas ao desempenho para aquela função determinada, estabelecendo parâmetros desejáveis às pessoas que se propuseram a exercer aquela ação. Assim, um médico de família deve ter como competência específica acolher pessoas sem seleção prévia de idade e sexo.

Como o próprio documento do WONCA (2002, p. 26) ressalta, há uma necessidade de “definição das características ou princípios da Disciplina de Medicina Geral e Familiar e de uma definição do papel dos médicos de família, categorizada por referência ao sistema de saúde em que aqueles funcionam”.

Dessa maneira, defendemos que não há uma definição fixa nem do papel e nem das competências deste profissional, uma vez que cada sistema de saúde local deve ser contextualizado, individualizando a construção das competências de seu médico de família em particular.

Ao efetuarmos nossa pesquisa no Município do Rio de Janeiro, nos propomos a realizar exatamente isto – ou seja, individualizar a fala desses médicos, dentro do contexto em que estão inseridos, a partir de sua realidade local, aceitando como fundamentais suas características próprias e particulares.

## **WONCA EUROPA E A DEFINIÇÃO DE COMPETÊNCIAS**

A competência adotada pelo Wonca Europa (2002, p. 20) define-se como

“capacidade de o médico de família executar com sucesso uma série de tarefas individuais observáveis no seu trabalho real. Assim, a competência pode ser vista como a capacidade de cada indivíduo de atuar em um nível requerido por uma dada situação. Envolve o saber (fatos básicos), o saber como fazer (capacidade de aplicar o conhecimento) e o mostrar como fazer (capacidade de demonstrar aptidões)”.

Podemos ver que essa definição de competências do WONCA tem similaridade com a definição da LDB, principalmente no que diz respeito a sua funcionalidade – ou seja, a ligação que ambas fazem entre educação e trabalho.

O WONCA Europa estabeleceu, em 2002, onze características da disciplina Medicina Geral e Familiar que estariam ligadas a onze capacidades que todo médico

de família deve dominar. Tais capacidades se inter-relacionam e se agrupam em *seis competências nucleares* que utilizaremos como referência em nossa pesquisa, descritas a seguir, não sem antes lembrar que aceitam o pressuposto de que não sejam consideradas como definitivas e que, por sistematizarem uma reflexão, podem resvalar numa certa idealização do papel do médico de família:

#### Gestão de cuidados primários:

- gerir o primeiro contato com os pacientes, lidando com problemas não pré-selecionados;
- cobrir toda a gama de problemas de saúde;
- coordenar os cuidados prestados por outros profissionais de cuidados primários e por outros especialistas;
- dominar uma prestação de cuidados e uma utilização dos serviços de saúde efetivas e apropriadas;
- disponibilizar para o paciente os serviços apropriados no seio do sistema de saúde;
- atuar como advogado dos interesses do paciente.

#### Cuidados centrados na pessoa:

- adotar abordagem centrada na pessoa com os paciente e seus problemas;
- aplicar a Consulta de Medicina Geral e Familiar para gerar uma relação médico-paciente efetiva, no sentido da autonomia do paciente;
- comunicar e estabelecer prioridades, atuando em parceria;
- proporcionar cuidados continuados, longitudinais, determinados pelas necessidades do paciente, com uma gestão contínua e coordenada dos cuidados prestados.

#### Aptidões específicas de resolução de problemas:

- relacionar os processos específicos de tomada de decisões com a prevalência e incidência de doença na comunidade;

- colher e interpretar seletivamente informação a partir da história, do exame objetivo e dos exames complementares, aplicando-os a um plano de ação apropriado, em colaboração com o paciente;
- adotar princípios de trabalho apropriados, como por exemplo, a investigação passo-a-passo, a utilização do tempo como ferramenta, a tolerância da incerteza;
- intervir de forma urgente sempre que necessário;
- gerir patologias que podem se apresentar de forma precoce e indiferenciada;
- utilizar de forma efetiva e eficiente as intervenções diagnósticas e terapêuticas.

#### Abordagem abrangente:

- gerir simultaneamente múltiplas queixas e patologias, incluindo tanto os problemas agudos como os problemas crônicos do indivíduo;
- promover a saúde e o bem-estar, através de estratégias adequadas de promoção da saúde e prevenção de doenças;
- gerir e coordenar a promoção da saúde, a prevenção, os cuidados curativos, de acompanhamento, paliativos e de reabilitação.

#### Orientação comunitária:

- conciliar as necessidades de saúde dos pacientes individuais com as necessidades de saúde da comunidade em que aqueles se inserem, numa situação de equilíbrio com os recursos disponíveis.

#### Modelação holística:

- usar um modelo biopsicossocial, levando em conta as dimensões cultural e existencial.

Podemos ver que essas competências respondem a uma necessidade específica de um modelo de médico de família, muito embora identifiquemos características que poderíamos considerar como universais, por isso aqui descritas, na intenção de que subsidiem nossas reflexões.

**Capítulo 4****PELOS CAMINHOS DA CERTIFICAÇÃO****LEI DE DIRETRIZES E BASES DA EDUCAÇÃO E O DESAFIO DA CERTIFICAÇÃO**

Interagindo a educação com o trabalho, temos que na composição da Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), Lei Darcy Ribeiro, nº 9.394, promulgada em 20/12/1996, há o reconhecimento de dois níveis escolares:

- Educação básica: composta pela educação infantil, o ensino fundamental e o ensino médio;
- Educação superior.

Tendo a LDB a função de estabelecer as diretrizes e bases da educação nacional, promovendo a formação para o mundo do trabalho e para a prática social (LDB, Cap. IV, Art I e II, 1996), demanda uma educação superior que deve se comprometer com o desenvolvimento do espírito científico, e também com a criação cultural e com o pensamento reflexivo (LDB, Cap. IV, Art 43, 1996). Deverá priorizar o desenvolvimento do entendimento do ser humano e do meio em que vive, através do estímulo de uma atitude ativa no processo de aprendizagem do estudante.

Segundo o Cap. III, Art. 39, da Lei de Diretrizes e Bases, “a educação profissional, integrada às diferentes formas de educação, ao trabalho, à ciência e à tecnologia, conduz ao permanente desenvolvimento de aptidões para a vida produtiva.” Entendendo que a LDB não é muito clara quanto ao conceito de educação profissional, deixa transparecer, porém sem definição de papéis, que desde o aluno do ensino fundamental, médio e superior, quanto o trabalhador em geral, poderão contar com a possibilidade de acesso à educação profissional.

Na verdade, “após o ensino médio, a rigor, tudo é educação profissional” (MEC, 2000, p. 72). Assim, o ensino superior deve estar ligado ao mundo do trabalho, comprometendo-se com a realidade social em que está inserido, reiterando o que diz o Cap. IV, Art.43, parágrafo II, da LDB (1996), quando determina como uma das finalidades da Educação Superior: “formar diplomados nas diferentes áreas do conhecimento, aptos para a inserção em setores profissionais e para a

participação no desenvolvimento da sociedade brasileira, e colaborar na sua formação contínua”.

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (Resolução nº 4, de 7/11/2001) incluem e definem competências e habilidades gerais e específicas na formação do médico. Muito embora, estabeleçam uma noção de participação ativa desse aluno no processo ensino-aprendizagem e no compromisso com a comunidade, não se definem formalmente enquanto realizadoras de educação profissional, com foco de inserção para o mundo do trabalho – exceto no Art. 12, parágrafo VIII, que trata da estrutura do Curso de Graduação em Medicina que deve “vincular, através da integração ensino-serviço, a formação médico-acadêmica às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS”.

Se considerarmos que a educação superior deve inserir o aluno no mundo do trabalho, estimulando sua formação em bases solidamente práticas, para o mundo do fazer, entendemos que as Diretrizes Curriculares pretendem formar um profissional com “terminalidade”, preparando-o para reconhecer e realizar ações ligadas aos conhecimentos, habilidades e atitudes especificadas como fundamentais desde o início, permitindo-o chegar ao fim do curso apto a entrar no mercado de trabalho.

Lampert (2002) afirma, no entanto, que, embora haja tendência à mudanças, a inovações no ensino médico, a preponderância é ainda a da formação de um profissional que adota o modelo de prática predominante– ou seja, o das especialidades, com enfoque nas doenças, penderes de tecnologias caras e por vezes desnecessárias, com pouca visão crítica a respeito das necessidades de saúde da população.

Necessidades de saúde são definidas por Cecilio (2001, p. 114) como a tradução da maneira de viver das pessoas: “a maneira como se vive se ‘traduz’ em diferentes necessidades de saúde”. E mais:

“A ‘hierarquia’ de importância do consumo das tecnologias, não a estabelecemos unicamente nós, técnicos, mas também as pessoas, com suas necessidades reais [...]. O diagnóstico precoce de uma hipertensão arterial, para determinada pessoa, em determinado momento de sua vida, é tão crucial quanto o acesso a um exame de cineangiocoronariografia para outro, que vive outro momento” (CECILIO, 2001, p. 114).

Há, portanto, um descompasso entre educação e trabalho, entre ensino médico e políticas públicas, entre o que preconiza a legislação (LDB, e Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina) e o que se cumpre desta. Podemos, assim, inferir que o modelo tradicional de ensino nas escolas em geral e nas escolas médicas, em particular, desconsidera a própria legislação educacional.

### **O CONCEITO DE CERTIFICAÇÃO PROFISSIONAL**

Até agora vimos quem é o médico de família, discutimos sobre competência em geral, defendemos a necessidade de identificar suas competências, abordamos a questão do desempenho, do preparo para o mundo do trabalho. Consideramos um profissional de excelência como sendo aquele que promove a união do saber, do saber fazer e do saber ser; inferimos uma identidade básica para o médico de família, refletimos sobre seus principais problemas, contextualizamos com a visão que dele tem o próprio governo. Discorremos sobre a relação educação-trabalho e sobre a LDB. Agora discutiremos o que é certificação profissional.

Em primeiro lugar, devemos reconhecer a certificação profissional como uma construção complexa, já que envolve decisões e custos com resultados a médio e longo prazos, requerendo uma ação conjunta com os usuários, os próprios médicos de família, as entidades de profissionais de saúde, as autoridades federais, estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde (CORDEIRO, 2001).

As diretrizes gerais do processo de certificação deverão ser, assim, idealmente estabelecidas pelo Ministério da Saúde, em consulta com o Conselho Federal de Medicina, pactuado com as entidades médicas, com representantes dos usuários, Conselho Nacional de Secretários Municipais e Estaduais de Saúde (CONASS e CONASEMS), em consenso com o que pensam um dos mais interessados no assunto: os próprios médicos de família.

Podemos imaginar as dificuldades e os custos de um sistema de certificação, o que faz prever que a implementação de um programa consistente, apesar de fundamental, não seria tarefa fácil no Brasil. “As implicações sociais e financeiras (para a certificação) demandam reflexão e cautela, mas não devem representar obstáculo” (SOUZA; SOUZA, 2003, p. 6).

Ao afirmarmos que a certificação médica promove a saúde, assegurando, garantindo, protegendo e melhorando a qualidade de atendimento dos médicos que a ela se submetem (ACGME, 2004), entendemos o conceito de certificação como o reconhecimento, por uma entidade conceituada, sobre a competência profissional de um indivíduo em determinada especialidade (FGV, 2003; FRIGOTTO, 2004).

“A certificação profissional pode ser entendida como o reconhecimento formal dos saberes e práticas do/a trabalhador/a, desenvolvidos na experiência de vida, de trabalho, na escola ou em programas de qualificação social e profissional. Seu sentido consiste em tornar-se uma estratégia para promover a formação continuada e ao longo da vida e para ampliar as oportunidades de acesso do/a trabalhador/a brasileiro/a ao mundo do trabalho” (BRASIL, 2005, p. 10).

Essa é, portanto, a visão do Governo Federal sobre a certificação, a partir da implementação de um processo de implantação de políticas públicas de Certificação Profissional no Brasil, com base na experiência de países como Espanha, França, Itália e Portugal, evidenciada por meio da Portaria Interministerial nº 24, de 20/12/2004, citada anteriormente (BRASIL, 2005).

Especificando o discurso na Certificação em Medicina, temos que nos Estados Unidos (EUA) existe uma empresa privada, a Accreditation Council for Graduate Medical Education, que chega a certificar cerca de 7.800 programas de residência médica.

A título de ilustração, temos que lá, nos EUA, a American Academy of Family Physicians define como especialistas em Medicina de Família (Family Practice), o médico que preenche ao menos um dos três seguintes critérios exigidos:

- ser certificado pelo Current Board da American Board of Family Practice Certification; ou
- completar com sucesso o programa de residência em Family Practice do Accreditation Council for Graduate Medical Education, ou três anos de pós-graduação em outro programa de residência em Family Practice; ou
- defender requisitos eleitos por membros ativos da American Academy of Family Physicians (AAFP, 2004).

O objetivo da certificação é, assim:

“avaliar e aprimorar o desempenho dos indivíduos nos processos de trabalho que são peculiares ao ramo de atividades que exercem. Avaliam-se as competências adequadas ao desempenho das funções e identificam-se prioridades para o desenvolvimento de ações de educação continuada” (CORDEIRO, 2001, p. 1).

Na tentativa de demonstrar para a sociedade que o médico é “possuidor de conhecimentos, habilidades, experiência e valores éticos fundamentais ao exercício, em sua plenitude, de funções inerentes a determinado campo da gestão empresarial ou pública” (FGV, 2003, p. 2), busca-se uma competência específica para um profissional – no caso, o médico de família –, estabelecendo um adjetivo a mais que permita sua distinção entre os mais capazes. Busca-se propor um mecanismo tal que possa transparecer para a população em geral o desempenho daquele profissional que o atende.

A Certificação Profissional do Médico de Família vem sendo praticada no mundo todo há mais de duas décadas, promovendo o reconhecimento da excelência do profissional segundo critérios seletivos na busca da valorização dos recursos humanos em saúde. Não deve ser entendida apenas como medidora de estoques de conhecimentos, mas deve servir, antes, para ajudar na elaboração de políticas públicas de formação do médico de família direcionando a formação profissional e a geração de empregos.

Como propomos uma certificação por competência, devemos pensar numa avaliação formativa, como já dito, segundo a qual se deve valorizar, muito mais do que uma medida, uma escala de alcance. Assim,

“a idéia de medir os conhecimentos não é suficiente para servir de base para decisões de avaliação. Agregam-se os conhecimentos, as habilidades e as atitudes adquiridas não apenas em sistemas formais de ensino, como também no próprio mundo do trabalho” (DEPRESBITERIS, 2001, p. 28).

#### **CERTIFICAÇÃO MÉDICA: UM EXEMPLO DA EXPERIÊNCIA INTERNACIONAL**

Para o estabelecimento de um parâmetro baseado em modelos já solidificados, temos que as experiências de certificação por competência de médicos na prática da medicina de família na Grã-Bretanha, Canadá, EUA, Holanda e Espanha, bem documentadas no Seminário Internacional sobre Saúde da Família

(BESSA; PENAFORTE, 2001), nos dão a dimensão da seriedade com que a saúde da família é tratada internacionalmente.

Exemplificando, vejamos o caso da Grã-Bretanha: a graduação em medicina tem duração de cinco anos e desde a primeira semana de aula, os estudantes entram em contato com a prática, tendo como base a metodologia do ensino baseado em problemas (*Problem-based learning* – PBL) na maioria das escolas médicas do país (BESSA; PENAFORTE, 2001). Cumprem cerca de 30 a 40% do curso em cenários extra-hospitalares, diretamente ligados às comunidades.

Após os cinco anos de curso, há um registro temporário de médico, que só será definitivo após um ano de estágio sob supervisão de um médico experiente. Mesmo com o registro definitivo o médico ainda não pode trabalhar independentemente até que complete um programa de treinamento em especialidade, seja ela qual for.

A medicina de família é uma especialidade definida na Grã-Bretanha. Tendo um controle nacional dos números de vagas para as diferentes regiões; o programa de treinamento em medicina de família tem duração de três anos e é todo realizado em serviço. Normalmente nos dois primeiros anos se realizam estágios hospitalares (obstetrícia, pediatria, cuidado com idosos, psiquiatria, saúde pública, acidente e emergência), e um ano em medicina de família em nível de comunidade.

“O treinamento de um ano em Medicina de Família é feito no sistema um a um, ou seja, um preceptor para cada residente. Isso significa um investimento relativamente alto de recursos, mas, dessa maneira, eles têm supervisão clínica apropriada continuamente” (BESSA; PENAFORTE, 2001, p. 24).

Logo no começo do treinamento há o estabelecimento de um contrato de aprendizagem entre o instrutor e o residente, revisado durante todo o processo de treinamento, de maneira que este alcance seus objetivos. Existe um importante processo de avaliação formativa, com utilização de questionários de atitudes e uso de escalas. Os residentes atendem junto com o instrutor. A consulta é gravada e revista, para que se processe uma discussão sobre como lidar com os pacientes, o que resulta numa avaliação das habilidades deste. Só depois de o residente receber um retorno sobre as suas habilidades por parte dos colegas, do *staff* e do instrutor, é que é liberado para atendimento sem supervisão.

Na Grã-Bretanha, o Joint Committee estabelece uma avaliação somativa do residente, através de: questionário de múltipla escolha, avaliação de habilidades em consulta utilizando vídeos, um relatório escrito sobre trabalho prático e um relatório do instrutor. A partir daí, o Estado permite que o residente trabalhe como médico de família. Mas, para ser membro do Royal College of General Practitioners, considerado como ponto final de avaliação para a medicina de família, é preciso fazer um exame específico mais difícil do que o do Joint Committee.

Na Grã-Bretanha, além da certificação do médico, todo programa de treinamento em saúde da família é acreditado por um processo qualitativo bastante rigoroso a partir do estabelecido em lei desde 1979.

O candidato a instrutor é avaliado pelo Joint Committee em sua competência clínica, conhecimento, habilidades, valores e atitudes, de maneira que permita a absorção desses atributos. O treinamento baseia-se na competência e não apenas no conhecimento. A cada dois ou três anos os instrutores e os serviços envolvidos com pós-graduação são aprovados e reprovados.

Todo parâmetro de comparação nos atualiza na necessidade de revisão da educação médica em nosso país, sublinhando a clara constatação do contra-senso que é conviver com a não-aplicação da própria Lei de Diretrizes e Bases da Educação, que desde 1996 discute um currículo por competência, em contraposição a um currículo focado no conhecimento, opção do ensino médico brasileiro em geral (LAMPERT, 2002).

A discussão de que o médico de família no Brasil deva ser um especialista e, portanto, formar-se a partir do ensino na pós-graduação, parece ser um consenso assumido pelo Ministério da Saúde (MACHADO, 2004). No entanto, a necessidade de uma formação generalista na graduação médica explicita que quanto mais médicos adotarem um conceito ampliado de saúde, melhor o impacto na qualidade de atenção ao usuário. Experiências pontuais de inserção curricular de prática na saúde da família durante a graduação médica têm demonstrado que esta influencia positivamente o futuro médico no olhar para a atenção básica (FEUERWERKER, 2002). Talvez os dois movimentos sejam legítimos e válidos, considerando-se que a necessidade de mudança do modelo de atenção deva envolver toda a área da saúde, na perspectiva de qualificar a relação com o usuário.

## **CERTIFICAÇÃO MÉDICA NO BRASIL**

Em nosso país, a certificação na área médica em geral é realizada a partir de regulamentações do Conselho Federal de Medicina (CFM), que especifica procedimentos para conferir títulos de especialistas em diversos campos da medicina. O CFM reconhece as Sociedades de Especialidades, entidades filiadas à Associação Médica Brasileira (AMB) e residências médicas credenciadas pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), como entidades autorizadas a certificar.

A AMB considera o título de especialista fornecido por sociedade ou associação brasileira filiada à mesma como um outro título, de natureza diferente do título de especialista obtido por residência médica credenciada (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2004).

Como veremos mais adiante, estão credenciadas pela CNRM 37 residências em medicina de família e comunidade no Brasil (COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA, 2004).

Até maio de 2004 o acesso à residência médica no Brasil era realizado através de uma avaliação composta, de maneira geral, apenas por uma prova de conhecimentos que utilizava a múltipla escolha como instrumento de avaliação, seguindo o padrão de avaliação tradicional do conhecimento memorizado no qual o desempenho profissional não se incluía.

A resolução CNRM nº 003/2004, de 12/05/2004, dispõe sobre o processo de seleção pública dos candidatos aos programas de residência médica e traz uma novidade. Ela introduz “mecanismos de seleção que contemplem aspectos referentes à aquisição de habilidades necessárias ao desenvolvimento de atividades essenciais para uma boa formação médica”. Dispõe, também, em seu parágrafo 4º, que “a segunda fase do processo seletivo consistirá de exame prático, cuja nota terá peso de 40 ou 50%, do total de exame” (COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA, 2004).

Ressaltamos a utilização dos termos “aquisição de habilidades necessárias” e “exame prático” como correspondentes de um conceito necessariamente utilizado na lógica da competência, traduzindo uma tendência de mudanças no processo avaliativo proposto pela CNRM. É relevante lembrar, no entanto, que habilidade e competência não são sinônimos, uma vez que a competência se define, segundo a

LDB, como capacidades ou saberes em uso, que envolvem conhecimentos, habilidades e valores.

Em novembro de 2003, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade filiou-se à AMB, estabelecendo a medicina de família e comunidade como especialidade reconhecida oficialmente, tendo como desdobramento a realização da primeira prova para título de especialista realizada no Rio de Janeiro, no início de abril de 2004.

Tendo reconhecimento como especialista, o médico, na medicina de família e comunidade, necessita de parâmetros que possam atestar a qualidade de seu trabalho a partir das competências, o que justifica ainda mais a busca de certificação nessas bases.

Vejamos abaixo a relação das instituições que promovem Residência em Medicina de Família e Comunidade, credenciadas pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e o quantitativo nacional das mesmas.

**QUADRO 2: Residências em Medicina de Família e Comunidade credenciadas pela CNRM – Brasil, 2004**

<b>REGIÃO</b>	<b>Número total de Instituições credenciadas:</b>	<b>Número total de vagas:</b>
Sudeste	19	220
Sul	10	220
Nordeste	6	48
Centro-Oeste	1	8
Norte	1	12
<b>TOTAL</b>	<b>37</b>	<b>508</b>

Fonte: Comissão Nacional Residência Médica (2004)

**QUADRO 3: Distribuição Nacional de Residências em Medicina de Família e Comunidade**

LOCAL	ESTADO	DEPENDÊNCIA ADMINISTRATIVA	TOTAL DE VAGAS
Hosp. Universitário Pedro Ernesto UERJ	Rio de Janeiro	Estadual	20
Hosp. Universitário Antônio Pedro – UFF	Rio de Janeiro	Federal	4
Facul. Med. Petrópolis – Fundação Otacílio Gualberto	Rio de Janeiro	Particular	8
Casa de Saúde Santa Marcelina	São Paulo	Filantrópico	16
Faculdade Ciências Médicas – UNICAMP	São Paulo	Estadual	12
Faculdade de Medicina de Jundiaí	São Paulo	Municipal	8
Faculdade Medicina Santo Amaro – UNISA	São Paulo	Particular	6
Faculdade Medicina São José Rio Preto – FAMERP	São Paulo	Estadual	8
Hosp. Clín. Faculdade Medicina Ribeirão Preto – USP	São Paulo	Estadual	20
Hosp. E Maternidade Dr. Celso Pierro – PUCCAMP	São Paulo	Particular	6
Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo	São Paulo	Particular	16
Hospital Geral de Pedreira	São Paulo	Particular	6
Univ. Est. Paul. J. Mesquita F. – Botucatu – UNESP	São Paulo	Estadual	20
Univ. Federal São Paulo – UNIFESP	São Paulo	Federal	16
Fund. Dr. José Maria dos Mares Guia Santo Antônio do Monte	Minas Gerais	Particular	6
Hosp. Municipal Odilon Behrens	Minas Gerais	Municipal	24
Hosp. Universitário Alzira Velano – Alfenas	Minas Gerais	Particular	6
Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Ouro Preto	Minas Gerais	Particular	8
Santa Casa de Bom Despacho – F. de Ciências Médicas	Minas Gerais	Particular	10
Centro Saúde Escola Murialdo	Rio Grande do Sul	Estadual	40
Hospital Cidade de Passo Fundo	Rio Grande do Sul	Filantrópico	6
Hospital Nossa Senhora da Conceição	Rio Grande do Sul	Particular	116
Hosp. Dr. Miguel Riet C. Junior – Fundação Universidade do Rio Grande – FURG	Rio Grande do Sul	Federal	8
Hosp. Geral de Caxias do Sul	Rio Grande do Sul	Estadual	8
Universidade Luterana do Brasil – ULBRA	Rio Grande do Sul	Particular	8
Hospital Cajuru – P U C do Paraná	Paraná	Particular	8
Hosp. Municipal São José de Joinville	Santa Catarina	Municipal	8
Pref. Municipal de Joinville – Secret. Bem Estar Social	Santa Catarina	Municipal	8
Universidade Estadual do Oeste do Paraná-Cascavel	Paraná	Municipal	10
Escola de Saúde Pública do Ceará	Ceará	Estadual	16
Hosp. Municipal São Lucas	Ceará	Municipal	4
Hosp. Maternidade Ana Bezerra – UFRN	Rio Grande Norte	Federal	10
Hosp. Universitário Onofre Lopes – UFRN	Rio Grande Norte	Federal	8
Hosp. Municipal Dr. Esaú Matos	Bahia	Municipal	8
Hosp. Universitário Prof. Alberto Antunes UFAL	Alagoas	Federal	2
Hosp. Regional de Sobradinho	Distrito Federal	Estadual	8
Fundação Hospital Estadual do Acre	Acre	Estadual	12

Fonte: Comissão Nacional Residência Médica - 2004

Pode-se observar que os serviços públicos (hospitais e universidades) oferecem a maioria das vagas, em contraposição aos particulares e filantrópicos. Esse fato reforça sobremaneira o papel do Estado na responsabilidade pela formação de recursos humanos na saúde da família, em consonância com as prioridades da agenda governamental.

Observamos também uma prevalência de vagas para a região Sudeste e a região Sul do país, mantendo uma distribuição de acesso desigual em relação às outras regiões. Uma discussão sobre essa desigualdade de acesso, redirecionando vagas de residência para as regiões de maior carência de médicos de família como estratégia de interiorização do médico no país são medidas que deveriam ser transformadas em ações, tendo em vista o impacto positivo que certamente criariam para a consolidação da atenção básica no Brasil.

### **ESPECIALIZAÇÃO EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE**

A Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) é uma

“Entidade Nacional que congrega os médicos que atuam em postos e outros serviços de Atenção Primária em Saúde, incluindo os do Programa de Saúde da Família (PSF), prestando atendimento médico geral, integral e de qualidade a indivíduos, famílias e comunidades. Inclui também professores, preceptores, pesquisadores e outros profissionais que atuam ou estão interessados nesta área.” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2004, p. 1).

Fundada em 1981 com o nome de *medicina geral e comunitária*, a especialidade, atualmente denominada de *medicina de família e comunidade*, passou por vários momentos, indo desde o 1º Congresso em 1986, seguido, no mesmo ano do reconhecimento da especialidade *medicina geral e comunitária* pelo CFM.

Apontando fragilidades, foi desativada em 1988, reativada em 1990, novamente desativada em 1994, mesmo ano da criação do Programa de Saúde da Família pelo Governo Federal. Só em 2001 foi reativada, já com o nome de *medicina de família e comunidade*, culminando com sua filiação à AMB em 2003, quando foi reconhecida oficialmente, como já citado.

A Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade tem sociedades e entidades parceiras, a exemplo de: Confederação Ibero-americana de Medicina Familiar (CIMF), Organização Mundial dos Médicos Gerais, de Família e de Comunidade (WONCA), Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), Conselho Federal de Medicina (CFM), Federação Nacional dos Médicos (FENAM), Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral (APMCG), além da própria Associação Médica Brasileira (AMB) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA e COMUNIDADE, 2004).

A certificação realizada pela SBMFC, em sua prova de acesso ao título de especialista para o médico de família não é uma avaliação por competência. Sua prova é composta por questões objetivas, de múltipla escolha, repetindo o modelo educacional tradicional de medição exclusiva do conhecimento, da memorização como parâmetro de qualidade. Reafirma-se, assim, o descompromisso com o processo de trabalho do médico de família, que, sendo amplo no sentido do conceito de saúde que utiliza em sua prática diária, não se legitima através de sua própria certificação. Reflete uma educação superior embasada em parâmetros que desconsideram o que preconiza a LDB, reflexo de uma formação médica que não assume suas Diretrizes Curriculares Nacionais, imobilismo promovido pela própria Associação Médica Brasileira.

Existe uma grande demanda por especialização em medicina de família e comunidade em nosso país, principalmente quando consideramos que, dos quase 20.000 médicos de família em atuação, apenas cerca de 2.000 têm algum título de residência credenciada, mesmo que não sendo exclusivamente em medicina de família e comunidade (DURANTE, 2004).

Não seria um caminho estabelecer uma estratégia de certificação deste quantitativo de médicos de família, garantindo-e4 o desempenho profissional na base das competências como uma maneira de valorizar um retorno de qualidade deste médico para a comunidade?

Vejamos como nossa pesquisa respondeu a algumas questões aqui levantadas, trazendo outras para serem consideradas nessa trajetória de construção do SUS que desejamos, iniciando uma discussão sobre a metodologia de pesquisa utilizada neste trabalho.

**Capítulo 5****ATRAVÉS DA METODOLOGIA UTILIZADA****MARCO TEÓRICO**

Escolhemos a especificidade da pesquisa qualitativa como metodologia de trabalho desta pesquisa, por ser esta afeita ao projeto de nossas propostas, uma vez que pretendemos descrever o que vimos e discutir o que percebemos. Um grau de identidade entre o sujeito e o objeto da investigação justifica ainda mais essa escolha, principalmente devido ao fato de que pesquisamos entre nossos pares.

Na metodologia da pesquisa social, onde se insere a pesquisa qualitativa, existem duas linhas de pesquisa que consideramos importantes explicitar, por serem muitas vezes confundidas: a pesquisa participante e a pesquisa-ação. Não há uma unanimidade em relação à terminologia que as define, não há consenso sequer acerca da existência de diferenças entre elas (THIOLLENT, 2000, p. 15). Seja como for, ambas são consideradas “alternativas” em relação ao padrão metodológico da pesquisa convencional.

De um lado considera-se que toda pesquisa-ação é do tipo participativo, uma vez que as pessoas envolvidas com a pesquisa necessariamente devem dela participar. Já na pesquisa participante, o envolvimento dos pesquisadores é, de certa maneira, parcial, já que limitado ao nível da comunicação com os pesquisados. Thiollent (2000, p. 15) destaca que o que ocorre em relação ao pesquisador é uma “aparente identificação com os valores e os comportamentos que são necessários para a sua aceitação pelo grupo considerado”.

Abordando de início a pesquisa-ação, ressaltamos que:

- ela envolve uma ampla e explícita interação entre pesquisadores e pesquisados;
- dessa interação resulta a ordem de prioridades dos problemas a serem pesquisados e das soluções a serem encaminhadas sob forma de ação concreta;
- o objeto de investigação não é constituído pelas pessoas e sim pela situação social e pelos problemas de diferentes naturezas encontrados nesta situação;

- seu objetivo consiste em resolver ou, pelo menos, esclarecer os problemas da situação observada;
- há, durante o processo, um acompanhamento das decisões, das ações e de toda a atividade intencional dos atores pesquisados;
- a pesquisa não se limita a uma forma de ação: pretende-se aumentar o conhecimento dos pesquisadores e o conhecimento dos pesquisados” (THIOLLENT, 2000, p. 16).
- 

A pesquisa participante, por sua vez, segundo Schwartz (1980, p. 103), seria:

“um processo pelo qual mantém-se a presença do observador numa situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador está em relação face a face com os observados e, ao participar da vida deles no seu cenário natural, colhe dados. Assim, o observador é parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por este contexto”.

Geertz (1989) aponta a influência da cultura como base de entendimento para que o pesquisador possa compreender e assim descrever de maneira contextualizada seu objeto; reafirmando que “a cultura é pública porque o significado o é” (GEERTZ, 1989, p. 22). Assim, se o pesquisador não estiver integrado à cultura de seu objeto de pesquisa, terá dificuldades em apreender seu significado, derivando daí uma incompreensão de seus processos e relações.

Malinowski (1980, p. 47), fundador da moderna antropologia social, sintoniza como “finalidade primeira e básica da pesquisa de campo etnográfica” a oferta de uma descrição clara e nítida da constituição social na distinção de “leis e regularidades de todos os fenômenos culturais das irrelevâncias [...]”. Assim, importa na observação participante registrar tudo o que é visto ou percebido, aquilo que parece relevante e aquilo que parece irrelevante – tudo tem sua importância potencial para o entendimento.

Optamos por utilizar, assim, a observação participante na metodologia de nosso trabalho, entendendo-a como um enfoque etnográfico que serve a nosso propósito de descrição numa pesquisa qualitativa.

A pesquisa qualitativa nos serve, na medida em que permite captar dados subjetivos, como atitudes, motivos, pressupostos, e avançar no esclarecimento do funcionamento de estruturas e organizações complexas. Ela enfoca o subjetivo como primazia, e trabalha com objetos não-mensuráveis, tornando a sensibilidade e

a capacidade de percepção e de informação. Permite ainda uma compreensão profunda de certos fenômenos sociais, nos quais a valorização do aspecto subjetivo da ação social não encontra no método quantitativo a possibilidade de dar conta “dos fenômenos complexos e dos fenômenos únicos” (HAGUETTE, 1987, p. 55).

Assim, utilizamos a pesquisa participante, sobretudo porque pretendemos perceber e ouvir os médicos de família de um grande centro urbano que inclui vasta gama de problemas em relação à organização da atenção básica.

Nossa observação participante teve caráter aberto, ou seja, não estava aliada a um roteiro específico, abrangendo o conjunto do espaço e do tempo destinados à pesquisa de campo. Assim, descrevemos em nosso diário de campo tudo o que se relacionava ao nosso tema, desde impressões pessoais à descrição do encontro com as pessoas, nossas conversas, suas atitudes e gestos, o ambiente ao redor. Consideramos relevante esclarecer que a descrição que faremos irá iluminar os paradoxos, dificuldades e hiatos esperados – assim ela poderá contribuir para retratar a diversidade de situações e de condições, seus efeitos, dificuldades, que deveriam ser incluídos em um processo de certificação.

Nossa pesquisa tem a pretensão de questionar, de ser inquietante porque inovadora na proposta de construir um processo de avaliação a partir da competência, parâmetro ainda pouco utilizado no ensino superior e na certificação em nosso país. Não deve ser pensada como portadora da verdade absoluta, como um padrão rígido para o país, porque tem o recorte de estar sendo pesquisada no Município do Rio de Janeiro, a partir de um PSF com especificidades locais. Tal fato, no entanto, não invalida generalizações, se aceitarmos que utilizaremos como vertente de análise o conceito de representação social, no qual o discurso dos sujeitos forma a base da análise a partir de uma certa *visão de mundo*, que pode ser, em certa medida, partilhada pelos médicos de família, uma vez que expostos à metodologia de trabalho do PSF.

É prioritária a implantação do PSF nos grandes centros urbanos, valorizando estudos que reflitam sobre as dificuldades e entraves encontrados nesse processo. Assim, entendemos que nossa pesquisa, ao contribuir para uma proposta de certificação, possibilitará uma descrição que significa um estímulo para que outros interessados realizem ajustes e complementos cabíveis em futuras iniciativas.

A base de ação do PSF de todas as equipes do país deve ser considerada análoga em sua estrutura, uma vez que todo médico de família do PSF do Brasil

deve trabalhar a partir de alguns parâmetros: planejamento de ações, utilizando os conceitos de saúde, promoção e vigilância explicitados nos documentos oficiais, trabalho interdisciplinar em equipe e utilização de uma abordagem integral da família (BRASIL, 2001). Sem isto não pode ser considerado um trabalho em saúde da família, nos moldes preconizados pelo Ministério da Saúde.

A sociologia compreensiva, como a concebe Max Weber, é nossa opção como referencial analítico, já que se contrapõe aos princípios do positivismo, que supõe do pesquisador uma neutralidade, uma objetividade, uma distinção entre o valor e o fato, entendendo a realidade a partir apenas daquilo que os sentidos podem perceber. Positivismo que busca estabelecer um mesmo fundamento lógico e metodológico entre as ciências sociais e as ciências naturais.

Weber valoriza o significado da ação social, o significado das relações entre o indivíduo e a sociedade; entendendo a sociedade como “fruto de uma inter-relação de atores sociais, onde as ações de uns são reciprocamente orientadas em direção às ações dos outros” (MINAYO, 2004, p. 51). Entende, assim, que as realidades sociais só podem ser apreendidas enquanto significados percebidos na interação social, não separando, em essência, as práticas, as linguagens, as coisas e os acontecimentos.

“Não existe uma análise da cultura absolutamente objetiva dos fenômenos sociais, independente dos pontos de vista especiais e parciais, segundo os quais, de forma explícita ou tácita, consciente ou subconsciente, aqueles são selecionados e organizados para propósitos expositivos. Todo conhecimento da realidade cultural, como pode ser visto, é sempre conhecimento a partir de pontos de vista específicos” (WEBER, 1959 *apud* MINAYO, 2004, p. 52).

Como nossa pesquisa pretende ouvir os pontos de vista específicos, enfocaremos questões que envolvem valores e o conhecimento tácito, entendendo que a realidade humana está imbricada e vinculada à realidade do concreto cotidiano (TEDESCO, 1999, p. 27). Desta forma, dentro das ciências sociais optamos pela Fenomenologia, considerada a sociologia da vida cotidiana por estudiosos do assunto, para nos embasar na construção de nosso trabalho de campo.

A vida cotidiana pode ser entendida como estando no centro do acontecer histórico, como a verdadeira essência da substância social. E o indivíduo, como “um

ser genérico, já que é produto e expressão de suas relações sociais, herdeiro e preservador do desenvolvimento humano; mas o representante do humano-genérico não é jamais um homem sozinho, mas sempre a integração” (HELLER, 2000, p. 21).

A vida cotidiana é a vida do ser humano inteiro, que dela participa com todos os aspectos de sua individualidade, de sua personalidade. O ser humano já nasce inserido em sua cotidianidade e torna-se maduro quando é capaz de viver por si mesmo essa cotidianidade. Essa maturidade é assimilada a partir da manipulação das coisas que envolvem a mediação social. Assim, o ser humano estará maduro quando, a partir do que aprendeu em grupo (família, escola, comunidade), puder manter-se

“autonomamente no mundo das integrações maiores, de orientar-se em situações que já não possuem a dimensão do grupo humano, comunitário, de mover-se no ambiente da sociedade em geral e, além disso, de mover por sua vez esse mesmo ambiente” (HELLER, 2000, p. 19).

Pesquisamos assim, a vida cotidiana do médico de família do Município do Rio de Janeiro, considerando-o maduro no conceito explicitado acima.

As bases de ações e as atribuições dos médicos de família do PSF, quando utilizadas nesta pesquisa, estabelecem um parâmetro que pode ser pensado de maneira homogênea. Assim, ao pesquisarmos o cotidiano dos médicos de família do Município do Rio de Janeiro, temos que considerar que a vida cotidiana é heterogênea, mas que o indivíduo é um ser genérico. Genérico porque produto de suas relações sociais e porque é herdeiro e preservador do desenvolvimento humano, como assinalamos acima em Heller (2000).

Do ponto de vista do indivíduo, inferimos que nossa pesquisa pode ser concebida a partir de um olhar local (Município do Rio de Janeiro), conectando-o com um olhar geral, materializado em propostas de certificação.

A Fenomenologia considera os pequenos grupos (família, as entidades religiosas, associações voluntárias, etc.) como integrantes de uma visão de mundo compartilhada: “sua abordagem atomiza a realidade como se cada fato ou grupo constituísse um mundo social independente” (MINAYO, 2004, p. 58). Dessa maneira, também iremos considerar o grupo dos médicos de família, situando-o como um mundo social independente, portador de uma visão de mundo compartilhada.

Schutz (1979), representante mais significativo do pensamento fenomenológico, reitera que “nenhuma corrente de pensamento existe e se desenvolve independente das questões práticas que lhe coloca a realidade social.” (MINAYO, 2004, p. 64).

Como vertente de análise, escolhemos trabalhar com a representação social, considerada um modo de pensamento sempre ligado à ação, uma vez que cria, simultaneamente, as categorias cognitivas e as relações de sentido que são exigidas e embasam a conduta individual e coletiva. Outra característica a situa como atributo, ou seja, grupos sociais podem identificar-se, perceber-se através dela. (HERZLICH, 1991).

Na conclusão de seus estudos sobre a representação social a partir do conceito de saúde-doença, Herzlich (1991, p. 26) escreve: “Por meio da saúde e da doença temos, portanto, acesso à imagem da sociedade, de suas ‘imposições’, tais como o indivíduo as vive. Englobada nesta imagem a doença adquire uma significação [social]”.

Aparece aí a idéia de que a representação social orienta as condutas e evidencia o código a partir do qual são elaboradas significações ligadas ao comportamento individual e coletivo, não constituindo, no entanto, um simples reflexo do real, mas parte da sua construção, “como algo que ultrapassa cada um individualmente e chega ao indivíduo, em parte, de fora dele” (HERZLICH, 1991, p. 29).

Weber (1974) analisa a representação social utilizando termos como “idéias”, “espírito”, “concepções”, “mentalidade”, muitas vezes como sinônimos, trabalhando de maneira muito particular a partir da noção de “visão de mundo”. Entende as idéias ou representações sociais como juízos de valor que os indivíduos possuem, assegurando que a vida social é carregada de significação cultural. Essa significação é dada tanto pela base material quanto pelas idéias. Assim, exemplificando, a força da acumulação de bens é tão eficaz para avançar o capitalismo quanto a idéia de trabalho como virtude máxima, prosperidade como bênção divina, lucro como fator legítimo das relações econômicas. Entendida dessa forma, na representação social o discurso dos sujeitos forma a base da análise, e por isso serve ao nosso objeto de estudo.

Além da observação participante, realizamos entrevistas semi-estruturadas ou não-estruturadas, porque procuramos não direcionar em demasia as respostas de

nossos entrevistados, como numa “conversa com finalidade” (MINAYO, 2004, p. 121). A entrevista semi-estruturada inclui a interação direta entre pesquisador e pesquisado, e é complementada por uma prática de observação participante.

As entrevistas semi-estruturadas são mais eficazes que os questionários fechados quando se pretende pesquisar “sistemas de valores, de normas, de representações de determinado grupo social, ou quando se trata de compreender relações” (MINAYO, 2004, p. 121).

Para a análise das entrevistas semi-estruturadas, utilizamos a análise de conteúdo, definida, segundo Bardin (1977, p. 31), como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações”, onde podemos categorizar as respostas e entendê-las para além do senso comum, da compreensão espontânea, da leitura simples do real; compreender para além dos significados imediatos.

Por exemplo, ao entrevistar uma médica de família, percebemos que, além do seu discurso, o ambiente em que ela estava “falava”. Era um ambiente onde prevalecia certo descuido, com a parede do consultório onde atendia seus pacientes inteiramente mofada, cartazes descolando das cortiças, rasgados, os móveis todos velhos, descascados, janelas pequenas que pouco ventilavam e clareavam o consultório. No relato dessa médica, o que mais transpareceu foi a violência na comunidade, com “tiroteio todos os dias”. Era notória sua pressa e aflição em terminar a entrevista para não fazer com que os pacientes esperassem, mesmo que por poucos minutos. Desta observação foi possível perceber o afastamento do município e do poder público no cuidado com aquela unidade de saúde e em extensão com aquela comunidade, a aflição que os participantes daquela realidade enfrentam passam no seu cotidiano de vida. Aquele local informou muitas coisas que não foram ditas através de palavras, e sim da percepção.

Na análise de conteúdo, Bardin (1977, p. 32) afirma que os objetos funcionam como uma linguagem, que o vestuário é mensagem, que o mobiliário fala... – e mais, que “qualquer comunicação, isto é, qualquer transporte de significações de um emissor para um receptor controlado ou não por este, deveria poder ser escrito, decifrado pelas técnicas de análise de conteúdo”. Assim, categorizando as respostas obtidas e separando-as em temas, é possível decifrar o que nos queriam dizer, numa atitude de “vigilância crítica”, como quer Bardin (1977, p. 32).

Utilizamos como método para definir as competências dos médicos de família pesquisados, uma adaptação do processo denominado *análise funcional*, que,

sendo o método de escolha para identificar competências utilizado por Grã-Bretanha, México, Colômbia e Espanha, entre outros, vem sendo reconhecido e também utilizado como o método ideal pelo Centro Interamericano de Pesquisa e Documentação sobre a Formação Profissional (CINTERFOR), órgão pertencente à Organização Internacional do Trabalho (OIT). Justifica-se, assim, nossa escolha como método nesta pesquisa.

A análise funcional tem como objeto de análise a função produtiva, com ênfase na certificação de competências. Desta maneira, procura considerar a função de cada trabalhador que, inserido no contexto do trabalho, estabelece relações com as demais funções e com o ambiente organizacional (MERTENS, 1996). Assim, não valoriza apenas as funções e suas tarefas em referência a uma ocupação (como ocorre com os outros métodos supracitados), mas analisa também como interage, como se relaciona aquele profissional com o ambiente de trabalho no qual está inserido. Como esse método caracteriza a função do trabalhador, tem sido utilizado como ferramenta para identificar competências profissionais.

Desta maneira, a partir da pergunta “*qual é o objetivo principal da ocupação?*”, constrói-se o que é que a ocupação a ser analisada pode alcançar. Em seguida faz-se a pergunta: *o que é preciso fazer para se alcançar esse objetivo?* Passa-se então a elaborar o mapa funcional, que se define como uma ferramenta de análise que facilita a decomposição das funções que interagem numa profissão, a partir de um objetivo-chave. É relevante esclarecer que nessa metodologia a subjetividade não fica excluída, tornando-se parte intrínseca desta construção.

A análise funcional é um processo dedutivo, que vai do geral para o particular; e um processo experimental, uma vez que não há fórmulas ou modelos predeterminados a serem seguidos. É através da contribuição dos participantes que o processo é construído. O resultado só é possível justamente porque é construído com os especialistas da atividade profissional, empregadores e trabalhadores, a partir da definição de se deve escutar, para a identificação das competências, justamente quem está envolvido diretamente na excelência do desempenho do trabalho em questão.

Como um limite desta abordagem, deve ser feito um esforço para não se considerar a análise funcional como uma verdade absoluta, lembrando que, por ter um caráter circunstancial, necessita ser repensada no decorrer do tempo.

## ROTEIRO DE ENTREVISTA

Como nossa opção metodológica envolveu a realização de entrevistas semi-estruturadas, construímos um roteiro elaborado de maneira abrangente, justificado abaixo e formatado no Anexo I. Cabe lembrar que, antes de iniciar as entrevistas com as médicas de família, nós nos identificamos, mostrando documentos de autorização de pesquisa obtidos na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, autorizando pesquisa na rede do município. Apresentamos também o documento de parecer positivo do Comitê de Ética em Pesquisa do Município do Rio de Janeiro e o termo de consentimento livre e esclarecido, a ser preenchido e assinado, que consta no Anexo II para consulta.

As perguntas só tinham início após verificar a instalação de um clima de confiança e descontração, o que era obtido rapidamente, dada a boa vontade em colaborar encontrada. Realizamos pessoalmente todas as entrevistas, que foram efetivadas no local de trabalho dos entrevistados. Na maioria das vezes, os(as) médicos(as) escolhiam ficar dentro de seus consultórios, com as portas fechadas, por iniciativa deles(as), que eram deixados(as) à vontade para escolher o momento e o local de entrevista.

Abaixo explicitaremos o roteiro da entrevista semi-estruturada, contextualizando cada pergunta. Lembramos que esse instrumento, não tendo perguntas fechadas, permitiu uma amplitude de respostas suscitadas a partir do início das entrevistas, ambientando críticas, denúncias, queixas, desabafos diversos, cuidadosamente não-identificados neste trabalho.

Os(as) médicos(as) pareciam bastante receptivos para falarem sobre sua prática, muitas vezes refletindo sobre suas escolhas, descrevendo o que estavam passando, reivindicando melhorias nas condições de trabalho, utilizando críticas diretas à metodologia de trabalho no PSF e à estrutura em que estavam inseridos, questionando a presença ou ausência do Estado no cotidiano de seu trabalho, avaliando o contato estabelecido entre a comunidade e a equipe de saúde do PSF.

Passemos à descrição do roteiro das entrevistas.

**Identificação Geral:** contextualiza quem são as entrevistadas, qual o seu perfil geral. Consta de: data, local, número de equipes de saúde da família, idade, sexo, ano de graduação, especialidade prévia, tempo de atuação no PSF, vínculo empregatício, treinamento realizado durante os seis primeiros meses de PSF.

**Questão nº 1:** *Qual sua opinião sobre o PSF?*

Visão geral do trabalho como médico de família: esta pergunta procura saber o pensamento mais geral sobre o Programa de Saúde da Família, solicitando uma reflexão sobre o PSF e sobre o trabalho que realiza.

**Questão nº 2:** *Como você aprendeu a ser um médico de família e chegou a ser o que é hoje?*

Relato da trajetória profissional: esta pergunta procura traçar a trajetória profissional, o caminho seguido desde a graduação até o momento da entrevista, com o objetivo de esboçar um desenho do perfil profissional a partir do relato pessoal.

**Questão nº 3:** *Quantas pessoas, em média, atende por dia?*

Reflexão sobre a organização do trabalho como médico de família: esta pergunta procura focar a organização da rotina, do processo de trabalho, de maneira a perceber que relação é estabelecida com a metodologia de trabalho do PSF.

*Como organiza:*

- a) *O agendamento dessas pessoas:* procura estabelecer qual o critério de escolha para o agendamento dos usuários, permitindo inferir a percepção que tem o profissional sobre o processo de trabalho no PSF.
- b) *O atendimento da demanda espontânea:* procura estabelecer qual o critério de escolha para o atendimento não marcado previamente pelo usuário (demanda espontânea), permitindo inferir a percepção que tem o(a) médico(a) sobre o processo de trabalho no PSF.
- c) *Referência para outro nível de atenção:* procura entender o nível de inserção do PSF no sistema de saúde do município, uma vez que a referência para outro nível de atenção independe da organização direta do trabalho médico, mas de pactuações entre o gestor e as gerências das unidades de saúde daquela área programática e do município como um todo. Permite inferir a percepção que tem o médico de família

sobre a organização e a estrutura oferecidas pelo município para a viabilização e consolidação de seu trabalho.

**Questão nº 4:** *Quantas visitas domiciliares realiza, em média, por semana? Você sente-se capacitado para realizar estas visitas domiciliares? Justifique.*

Esta pergunta procura abordar o comprometimento com a mudança de modelo de atenção uma vez que projeta um olhar para além do atendimento médico no ambulatório, procurando perceber se valorizam o paradigma do cuidado como parâmetro, a partir da metodologia de trabalho do PSF, que adota a visita domiciliar como estratégia de prática fundamental no diálogo com a comunidade.

**Questão nº 5:** *Quantas atividades de educação em saúde realiza, em média, por mês? Você se sente capacitado para realizar estas visitas domiciliares? Justifique.*

Esta pergunta procura abordar o comprometimento com a mudança de modelo de atenção, uma vez que projeta um olhar para além do atendimento médico no ambulatório, procurando perceber se valorizam o paradigma do cuidado como parâmetro, a partir da metodologia de trabalho do PSF, que adota atividades de educação em saúde como estratégias de prática fundamentais no diálogo com a comunidade.

**Questão nº 6:** *Em que medida se sente seguro ao atender pessoas com: questões pediátricas, ginecológicas, obstétricas, clínicas, cirúrgicas, geriátricas, psicológicas, familiares, violência, drogadictos, múltiplas e simultâneas queixas e patologias, necessidades de cuidados contínuos.*

Visa a refletir sobre a resolubilidade no trabalho como Médico de Família: busca mapear as dificuldades e facilidades encontradas no cotidiano do médico de família, a partir do sentimento de segurança ou insegurança despertado no lidar com diferentes demandas e as necessidades de saúde inferidas como mais comuns dos indivíduos e famílias da comunidade sob sua responsabilidade.

Dentro da questão 6, de maneira a melhor explicitar as categorias escolhidas, consideramos como:

- a) Questões Pediátricas: condições que envolvam as crianças de até 12 anos de idade.
- b) Questões Ginecológicas: condições que envolvam a saúde da mulher em geral, e em particular a prevenção de câncer colo útero (exame de preventivo) e mama.
- c) Questões Obstétricas: condições que envolvam desde o planejamento familiar, a gestação, a amamentação, até os primeiros cuidados com o recém-nascido.
- d) Questões Clínicas: condições que envolvam pessoas a partir dos 12 até os 65 anos de idade.
- e) Questões Cirúrgicas: condições que envolvam desde o diagnóstico, terapêutica, prognóstico, reabilitação e recuperação de pessoas que necessitem de uma cirurgia para alívio de seu sofrimento.
- f) Questões Geriátricas: condições que envolvam pessoas a partir dos 65 anos de idade.
- g) Conflitos Psicológicos: condições que envolvam a subjetividade do indivíduo, gerando um sofrimento pessoal importante.
- h) Conflitos Familiares: condições que envolvam sofrimento explícito para todos os membros de uma família, seja esta composta por laços de consangüinidade ou não.
- i) Situações de Violência: condições que envolvam qualquer tipo de violência, seja esta psicológica ou física.
- j) Drogadictos: condições que envolvam pessoas cujo consumo de drogas lícitas e/ou ilícitas sejam aceitas como um problema para si próprias ou para as pessoas com quem convivem.
- k) Múltiplas e simultâneas queixas e patologias: condições que envolvam pessoas com várias queixas ou doenças simultaneamente, de forma aguda ou crônica, demandando freqüentes e permanentes encontros com seu médico de família.
- l) Necessidades de cuidados contínuos: condições que envolvam pessoas que demandam uma atenção constante dos médicos de família, independente da procura espontânea desses pacientes em

relação ao serviço de saúde, demandando assim, proeminentemente, uma vigilância à saúde, onde a visita domiciliar e o acompanhamento ambulatorial poderiam auxiliar sobremaneira a prática.

**Questão nº 7:** *Que tipos de conhecimentos e experiências um médico de família precisa dominar para ser aceito como um bom profissional?*

Perfil de competência: procura definir as competências gerais do médico de família, através da identificação do objetivo da profissão.

**Questão nº 8:** *Você acredita que o bom desempenho como médico de família depende de algum dom, talento ou habilidade especial? Explique.*

Perfil de competência: procura definir as competências específicas do Médico de Família, através da identificação do objetivo da profissão.

**Questão nº 9:** *Você se orgulha em ser um médico de família?*

Esta pergunta procura abordar a autoconfiança e auto-imagem dos(as) médicos(as) em relação a sua opção profissional.

**Questão nº 10:** *Você acha que o governo, seus familiares, seus amigos, seus colegas médicos valorizam devidamente sua profissão? Explique.*

Esta pergunta procura abordar o sentimento de valorização ou desvalorização em relação à escolha pela medicina de família como opção profissional, uma vez que os(as) médicos(as), ao falarem sobre o que pensam os outros a respeito de sua profissão, impregnam sua fala com uma opinião pessoal sobre o assunto.

**Questão nº 11:** *Como você vê o futuro do médico de família no país? Quais serão as exigências mais importantes da sua profissão daqui para frente?*

Esta pergunta procura focar uma visão em prospecção, as crenças e expectativas futuras que os(as) médicos(as) fazem sobre a continuidade de sua opção profissional.

**OBJETO E OBJETIVOS DE ESTUDO:**

Optamos pelas representações e práticas dos médicos de família do Município do Rio de Janeiro enquanto objeto de análise. Com o objetivo de identificar suas competências gerais e específicas, propondo um modelo de certificação, disponibilizamos uma discussão que, na inter-relação entre educação e trabalho, invoca uma reflexão sobre sua identidade profissional.

**UNIDADE DE ANÁLISE:**

Nossa unidade de análise foi composta por uma seleção prévia de médicos de família que trabalhavam no Programa de Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Como nos importava entrevistar e observar profissionais que tivessem uma visão mais amadurecida de sua prática, selecionamos médicos que tivessem maior tempo de serviço na comunidade escolhida ou maior tempo de experiência como médico de família, mesmo que em outra comunidade (contanto que não tivessem interrompido essa experiência e que ela tivesse sido exercida em um PSF de um grande centro urbano do Brasil).

A escolha dos participantes da pesquisa foi definida, assim, pelo critério intencional, segundo o qual a escolha é feita a partir de critérios preestabelecidos (MINAYO, 2004). A identificação das competências desses médicos de família foi feita através da técnica de análise funcional, que supõe ouvir diretamente do profissional a opinião que tem sobre sua própria profissão (CINTERFOR, 2005).

Desta maneira, entrevistamos pelo menos um médico de família de cada comunidade pesquisada, quando da realização das entrevistas semi-estruturadas, e todos os médicos de família (além de outros componentes da equipe) da comunidade escolhida, quando da realização da observação participante.

**UNIVERSO E AMOSTRA: UM OLHAR PANORÂMICO:**

Decidimos pesquisar as dez comunidades onde foram implantadas, até dezembro de 2003, as primeiras vinte e três equipes de PSF do Município do Rio de Janeiro, devido ao fato de encontrarmos uma estrutura de funcionamento estabelecida há mais tempo.

Nestas dez comunidades escolhidas, havia 23 médicos de família trabalhando. No entanto, não entrevistamos todos, porque alguns estavam atuando há menos de um ano, e/ou não tinham nenhuma experiência prévia com a saúde da família. Isso era um critério de exclusão, uma vez que procurávamos ouvir médicos já amadurecidos com o processo de trabalho proposto pelo PSF.

Garantindo uma certa maturidade nas reflexões sobre o trabalho na saúde da família, conforme critério metodológico da pesquisa, obtivemos um total de 18 entrevistas semi-estruturadas com esses médicos de família, além de efetuarmos uma observação participante em uma unidade de saúde composta por cinco equipes de PSF.

Abaixo sintetizamos a distribuição das equipes de PSF existentes até dezembro de 2003. Essas equipes estão distribuídas pelas comunidades e respectivas áreas programáticas de saúde (AP); núcleo organizador local das unidades de saúde do Município do Rio de Janeiro. Nossa pesquisa de campo incluiu as comunidades abaixo relacionadas:

**QUADRO 4:** Distribuição das Equipes de PSF pelas Comunidades do Município do Rio de Janeiro, dezembro de 2003.

Área Programática de Saúde (AP)	Bairro	Comunidade	Número de equipes de PSF
AP – 1.0	Lapa	Lapa	01
AP – 2.1	São Conrado	Vila Canoas	01
AP – 2.2	Tijuca	Borel	02
AP – 3.1	Manguinhos	Manguinhos	02
	Ilha do Governador	Parque Royal	02
AP – 3.3	Costa Barros	Portus	01
AP – 4.0	Curicica	Curicica	02
	Canal do Anil	Canal do Anil	02
AP – 5.2	Inhoaíba	Vilar Carioca	05
AP – 5.3	Antares	Antares	05
<b>TOTAL</b>			<b>23</b>

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde (2003).

Algumas comunidades tinham mais de uma equipe de PSF. Tiveram, portanto, mais de um médico entrevistado, quando esses preenchem os requisitos de escolha. Em outras comunidades encontramos médicos trabalhando naquela equipe há apenas um ano, mas com experiência prévia ininterrupta como médico de família em grandes centros urbanos, totalizando um mínimo de três anos de experiência profissional.

As entrevistas foram realizadas no local de trabalho dos médicos e registradas no diário de campo. Foram sempre marcadas previamente, geralmente com uma semana de antecedência, após consentimento e apoio da Coordenação da Área Programática.

As entrevistas duraram em média 50 minutos, embora nossa permanência na unidade durasse cerca de 4 horas, uma vez que conversava com usuários, outros membros da equipe, tirava fotos (vide anexo), enquanto aguardávamos o médico estar liberado para a entrevista, o que raramente acontecia no horário marcado, devido ao grande volume de atendimentos. As entrevistas foram realizadas no período de 4 de maio a 22 de junho de 2005.

Em relação à observação participante, somente após consulta à Coordenação de Saúde da Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro é que decidimos, conjuntamente, escolher uma comunidade específica para realização da observação participante. Essa comunidade era composta por um total de cinco equipes de PSF, todas pesquisadas. A escolha dessa comunidade seguiu o critério de maior tempo de existência, devido ao fato de ter sido implantada no ano de 2000. Desta maneira, supostamente, esperávamos encontrar uma rotina de trabalho introjetada no modelo preconizado pelo Ministério da Saúde.

A observação participante foi realizada no período de 24 de novembro de 2004 a 2 de fevereiro de 2005, a partir de encontros ocorridos uma vez por semana, inicialmente no horário das 8h às 17h, e posteriormente das 8h às 12h, perfazendo um total de 11 encontros.

Imediatamente após o término das entrevistas/observações, anotávamos os dados observados no diário de campo, evitando assim constrangimentos desnecessários.

#### **No contexto do universo e amostra: a saúde no Rio**

A Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) implantou sua primeira equipe do Programa de Saúde da Família em 1995, mas só em 1999 o programa começou a crescer, mesmo que timidamente. Em dezembro de 2003 existiam implantadas e em funcionamento as 23 equipes já citadas.

A SMS-RJ, apesar de anunciar como situação desejada, a meta de expandir e consolidar a saúde da família até 2007 (RIO DE JANEIRO [MUNICÍPIO], 2003), em resposta a uma demanda do Ministério da Saúde, que entende ser estratégia de ampliação do PSF a instalação de Unidades de Saúde da Família nos grandes centros urbanos, não realizou o desejado.

Tal expansão previa a implantação de 651 equipes de PSF até 2004 (MACHADO, 2005), fato nunca ocorrido, uma vez que, em janeiro de 2005, no Município do Rio de Janeiro, havia 85 equipes de PSF em funcionamento e 24 unidades em fase de ativação, sem equipe constituída, que, somadas compunham o quantitativo total de 109 equipes de saúde da família.

Em termos de equipes de saúde bucal, a prefeitura informou haver um quantitativo de 48 equipes implantadas e 51 equipes do Programa de Agentes

Comunitários de Saúde (PACS) em funcionamento (RIO DE JANEIRO [MUNICÍPIO], 2005). Esses dados se encontram sintetizados no quadro a seguir.

**QUADRO 5:** Situação de implantação da estratégia PSF/PACS, Município Rio de Janeiro - Consolidado Geral, dados da implantação

<b>Equipes</b>	<b>TOTAL</b>
Cobertura PSF/ PACS por habitante	752.986 habitantes
Número de Equipes Saúde Família (ESF)	109 <sup>1</sup> ESF
Número de Equipes Saúde Bucal (ESB)	48 ESB
Número de Equipes Programa Agentes Comunitários Saúde (PACS)	51 PACS

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (janeiro 2005).

A prefeitura do Município do Rio de Janeiro havia previsto como meta de implantação do PSF, até dezembro de 2004, uma cobertura populacional de 35,5%; e para dezembro de 2005, um adicional de cobertura populacional de 15% (RIO DE JANEIRO [MUNICÍPIO], 2003), situação nunca atingida, como visto acima.

Com o não-cumprimento dos pactos de atenção básica com o Ministério da Saúde, eclodiu em fevereiro de 2005, uma crise sem precedentes na saúde do Rio, culminando com uma intervenção federal na gestão da Saúde e a perda da gestão plena pela prefeitura (CREMERJ, 2005).

O governo federal decretou estado de calamidade pública no sistema de saúde do município, publicado no *Diário Oficial* de 11 de março de 2005. A intervenção atingiu os hospitais da Lagoa, Ipanema, Andaraí, Cardoso Fontes, Souza Aguiar e Miguel Couto. Em 20 de abril, por unanimidade, os ministros do Supremo Tribunal Federal consideraram a intervenção federal em dois hospitais municipais (Souza Aguiar e Miguel Couto) como inconstitucional, e estes foram devolvidos ao município.

<sup>1</sup> Do total das 109 equipes de saúde da família: 24 unidades estariam em fase de ativação/sem equipe constituída e 85 equipes funcionando, segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro, de janeiro de 2005.

Hospitais de campanha foram abertos e no primeiro dia de seu funcionamento cerca de 10.000 pessoas esperavam que abrissem para busca de atendimento.

Após cinco meses de uma “briga acirrada” (O GLOBO, 2005, p. 19), o Ministério da Saúde e a prefeitura do Rio decidiram colocar um fim àquela situação, elaborando um acordo segundo o qual o ministério reassumiria quatro hospitais federais que tinham sido municipalizados (Lagoa, Andaraí, Ipanema e Cardoso Fontes), além de repassar para o município R\$135 milhões, correspondentes aos custos de reposição de servidores nas unidades da União. Em contrapartida, o município se comprometeu em ampliar o Programa de Saúde da Família e a operar em conjunto com o ministério o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Não foi à toa que essa crise na saúde eclodiu, pois que o perfil da saúde pública no Município do Rio de Janeiro reflete uma situação de caos, prevalecendo uma produção excessiva de consultas de emergência e baixa oferta de consultas básicas. “A produção de 0,87 consultas básicas por habitante está muito aquém do mínimo preconizado pelo Pacto da Atenção Básica do SUS, que é de 1,5 consultas básicas por habitante/ano” (RIO DE JANEIRO [MUNICÍPIO], 2003, p. 7).

Das 300 unidades de saúde que integram o SUS no Município do Rio de Janeiro, 89 são unidades básicas e/ou postos de saúde (incluindo aí as 23 equipes de PSF pesquisadas). No entanto, a grande disparidade de ofertas na distribuição desses serviços gera enorme desigualdade, tanto na assistência hospitalar quanto na ambulatorial (RIO DE JANEIRO [MUNICÍPIO], 2003).

A atenção básica atendeu 35,6% do total de produção da assistência ambulatorial da cidade em 2002; no entanto, a situação de saúde da população pouco mudou em relação ao perfil epidemiológico do município no ano anterior, mesmo período em que a proporção de cobertura populacional do PSF na Cidade do Rio de Janeiro foi de incipientes e inexpressivos 1,77% (RIO DE JANEIRO [MUNICÍPIO], 2003).

Persiste no Município do Rio de Janeiro uma alta incidência de tuberculose, que chega a ser o dobro da média nacional (RADIS, 2005, p. 5), além de outras doenças infecciosas; um excesso de mortes por causas externas; aumento da população idosa; crescimento do potencial epidêmico, como meningites, dengue e leptospirose – justificados pela manutenção de uma oferta constante, há décadas, do mesmo número de serviços públicos do SUS.

Por isso o modelo de atenção à saúde do Rio necessita de expansão e reestruturação dos serviços que ainda privilegiam a atenção médica hospitalar com pouca atenção básica preventiva (MACHADO, 2005).

Diante da inevitável pergunta sobre se há saídas para a situação de caos da saúde pública no Município do Rio de Janeiro, Hésio Cordeiro e Paulo Henrique Almeida (2005) respondem:

“É necessário que se examine e se coloque em prática a formulação de um política de saúde para o Rio de Janeiro e para a Região Metropolitana, com ênfase na atenção básica que funcione e seja resolutiva para 80% das doenças, exerça a promoção e a prevenção e consagre um sistema de encaminhamento de pacientes, através de critérios e protocolos bem discutidos com os profissionais de saúde, com órgãos de formação (Universidades públicas e privadas, Escola Nacional de Saúde Pública), órgãos de representação, entidades de estudo e pesquisa, como o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes) e a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco). Todos tiveram importante papel na Reforma Sanitária Brasileira” (CORDEIRO; ALMEIDA, 2005, p. 7).

## Capítulo 6

# O TRABALHO DE CAMPO

### ANÁLISE DE DADOS E DISCUSSÃO

Optamos por discorrer sobre a descrição dos resultados em conjunto com a discussão, na intenção de facilitar a apresentação dos resultados, uma vez que, em alguns momentos, transcreveremos, de forma literal, trechos das respostas dos participantes.

Com o propósito de solidificar a pesquisa, decidimos por integrar a descrição da observação com as respostas das entrevistas, a partir da unificação de tópicos, cujos temas foram divididos em:

conhecimentos, habilidades e valores;

contexto institucional;

modelos de atenção;

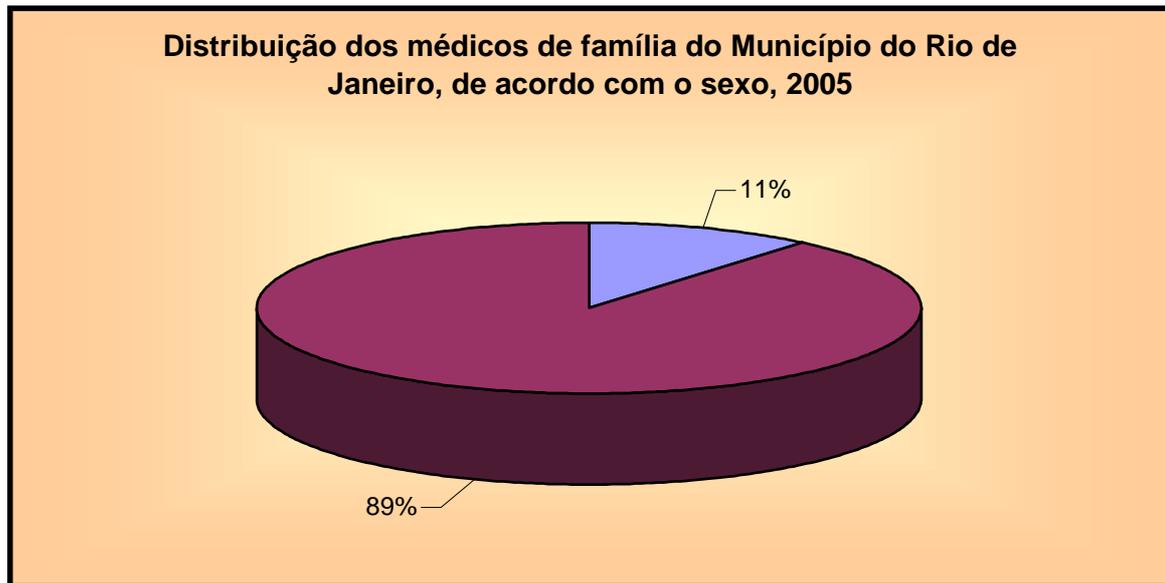
condições de trabalho.

Lembramos que, ao selecionar os médicos de família mais experientes, buscamos organizar os elementos estratégicos no processo de identificação das competências – ou seja, conhecer o que esses trabalhadores pensavam e planejavam em relação a seus desempenhos na profissão.

#### **a) Conhecimentos, habilidades e valores:**

Este tópico agrega o que pensam as médicas de família sobre as competências necessárias para o desempenho de sua profissão, iniciando a exposição com os dados coletados durante as entrevistas, nos quais obtivemos um perfil geral do universo pesquisado, descrito a seguir.

**GRÁFICO 1:** Distribuição dos médicos de família do Município do Rio de Janeiro, de acordo com o sexo, 2005.



Apesar de o meio médico ser tradicionalmente masculino (MACHADO, 1999; CFM, 2004), tem havido, nos últimos tempos, acentuado crescimento do número de mulheres nas faixas etárias mais jovens, “contrariamente ao que se observava há alguns anos” (CFM, 2004, p. 50). Assim, encontramos em nossa pesquisa um percentual expressivo de mulheres (88,9%) em relação ao de homens (11,1%) trabalhando como médicos de família.

As mulheres entraram no mercado de trabalho como reflexo da necessidade de suprimento de mão-de-obra, devido ao aumento do crescimento industrial iniciado principalmente entre as duas grandes guerras. Tal inserção, respondendo ao crescimento econômico do capitalismo, abriu espaço para um redimensionamento do papel da mulher na sociedade contemporânea.

Em todos os setores de atividades ocorreu a “feminilização” do trabalho. As mulheres tiveram maior acesso às universidades; no Brasil são elas que têm um nível de escolaridade mais elevado, apesar de receberem salário menor que o dos homens e de estarem principalmente associadas a atividades de baixo prestígio (funções do setor terciário ou áreas sociais) (MACHADO, 1999).

Em relação à medicina, as mulheres formam um contingente que trabalha mais no setor público, menos no consultório, menos em regime de plantão, privilegiando um trabalho com vínculo formal (concurso público) no qual estão asseguradas, além de uma “maior flexibilização das inúmeras exigências sociais

impostas às mulheres, os direitos trabalhistas, como licença-maternidade, abono de faltas e férias” (MACHADO, 1999, p. 150).

O fato de haver uma prevalência tão marcante de mulheres nas equipes de PSF do Município do Rio de Janeiro encontra correspondência com a pesquisa de Machado (2000) que evidenciou, na Região Sudeste, um contingente majoritário de mulheres nos PSF do Estado do Rio de Janeiro. Vejamos alguns relatos marcantes das médicas entrevistadas:

“Trabalhava em plantão de clínica e queria emprego de gente, daí procurei o PSF porque me oferece um trabalho estável de 40 horas. Tenho feriado, férias... e principalmente podia ver meus filhos por mais tempo. Vou almoçar em casa, moro aqui pertinho. Levo e busco eles na escola, estou acompanhando o crescimento deles, isto não se paga...” (entrevista nº 1).

“Eu gostava de tudo na faculdade, não conseguia decidir que especialidade escolher, gostava de tudo mesmo, achava tudo interessante, daí fiz meu eletivo na medicina de família e adorei, e percebi que ali tinha de tudo, como eu queria, com um olhar bem amplo e não fechado em uma especialidade. Acabei fazendo a residência e procurando emprego na saúde da família” (entrevista nº 2).

“Eu não gosto de ter vários empregos, eu quero ficar no mesmo local trabalhando, ter minhas coisas todas organizadas. Esse negócio de sair correndo para ir de um lugar para o outro, atrasada, tensa em chegar no outro emprego, não é comigo. Quando apareceu aqui, 40 horas, eu pensei, vou ficar só num lugar, eu gostei. Ficar sossegada num lugar só” (entrevista nº 6).

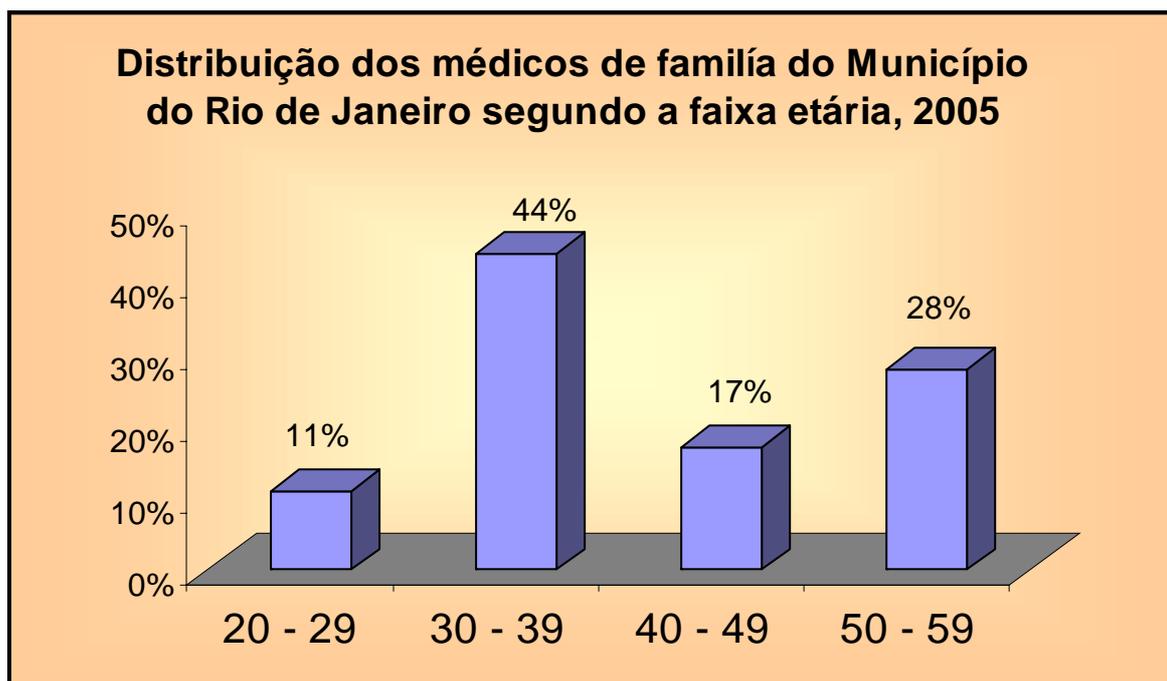
“Trabalhei como emergencista na pediatria por 9 anos, ficava decepcionada com a emergência... Ah! Perder criança por falta de estrutura, falta de medicação, não nasci para isto... No PSF a gente tem um vínculo muito grande, aqui não falta medicação ou o que fazer pelo outro, por exemplo, tem um grupo de hipertensos desvinculado de remédio, assim a gente pode dividir a responsabilidade. Eu digo para meus pacientes que eu só tenho esta mão, eu dou orientação, consulta, falta a parte deles, eles tem que fazer a parte deles, usar a mão deles. A pessoa passa a ver a gente como parte da vida delas. Isso não tem em outra especialidade. É um vínculo humano mesmo” (entrevista nº 9).

“Na faculdade tinha essa cadeira, eu gostei, um contato mais próximo, menos formal com as pessoas, me identifico e por conta disso eu vim trabalhar no PSF. Gosto também da idéia de ter um emprego fixo, perto de casa, com salário direitinho, estabilidade. Estou grávida e quando ela nascer estarei trabalhando perto dela” (entrevista nº 11).

Essas mulheres justificam sua procura pela saúde da família a partir de vários argumentos, como a necessidade de estarem num mesmo local de trabalho por todo o dia, negando uma tendência do médico ao multiemprego (CARNEIRO; GOUVEIA, 2004). Também utilizam como argumento a busca por uma satisfação do desejo de olhar mais amplamente para o doente e não para a doença; insatisfação com o trabalho em hospitais públicos; além da necessidade de conciliar a profissão com a maternidade.

Identificamos, assim, uma complexidade de questões que motivam essas médicas a buscarem a saúde da família como opção, sinalizando que o itinerário profissional é uma escolha repleta de razões subjetivas e objetivas em meio a um mundo pragmático.

**GRÁFICO 2:** Distribuição dos médicos de família do Município do Rio de Janeiro, segundo faixa etária, 2005



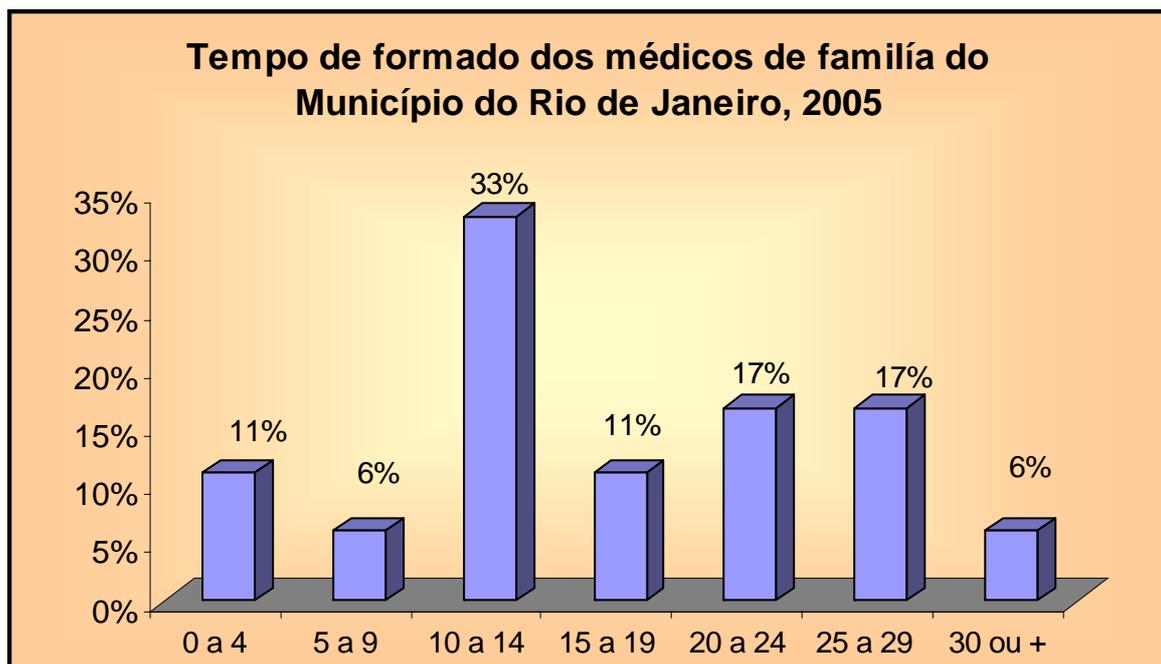
Podemos observar que os(as) médicos(as) de família pesquisadas encontram-se distribuídas entre duas faixas etárias proeminentes: dos 30 aos 39 anos (44%) e dos 50 aos 59 anos de idade (28%). Isso nos leva a inferir, portanto, que em sua maioria não se iniciaram em suas profissões como médicas de família, tendo tido, provavelmente, experiência prévia de trabalho médico em outra área. Tal fato nos faz concluir que elas, portanto, já possuíam alguma maturidade profissional ao iniciarem na saúde da família.

Uma das entrevistadas acrescentou:

“Eu acho que para ser médico de família não podia ser recém-formado. Tinha que ter pelo menos seis anos de formado, porque não é fácil, sabe. Requer um certo amadurecimento, tanto técnico quanto afetivo para encarar o trabalho com comunidade. E o recém-formado não tem como ter isto”.

Temos nesta fala uma reflexão sobre o reconhecimento da necessidade de alguma maturidade profissional para iniciar-se como médico de família, posicionando um ponto de vista aceito pelo Ministério da Saúde, que defende a idéia de que o médico de família deva ser um profissional com título de especialização. Ou seja, nega-se a terminalidade do curso de Medicina como suficiente para o início desse profissional no mercado de trabalho do PSF.

**GRÁFICO 3:** Tempo de formado dos médicos de família do Município do Rio de Janeiro, 2005



Observamos aqui que, a maioria das médicas de família relatou ter concluído sua graduação entre 10 a 14 anos, estando, assim, na fase de consolidação na vida profissional, segundo o parâmetro utilizado por Machado (2000), descrito abaixo. Destacamos também que encontramos profissionais com mais de 25 anos de formadas – que estão, portanto na fase de desaceleração das atividades médicas (MACHADO, 2000).

Segundo a pesquisa de Machado (2000) sobre o perfil dos médicos e enfermeiros do Programa de Saúde da Família no Brasil, 69,72% dos médicos que trabalham no PSF do país concentram-se em duas faixas: entre 5 a 14 anos de formados e na faixa de 15 a 24 anos de formados. Machado (2000) define assim as cinco fases:

Iniciando-se na vida profissional: constituído por jovens de menos de 30 anos, com até 4 anos de formados.

Afirmando-se no mercado: constituído por médicos com 5 a 9 anos de formação.

Consolidando-se na vida profissional: constituído por médicos com 10 a 24 anos de formação.

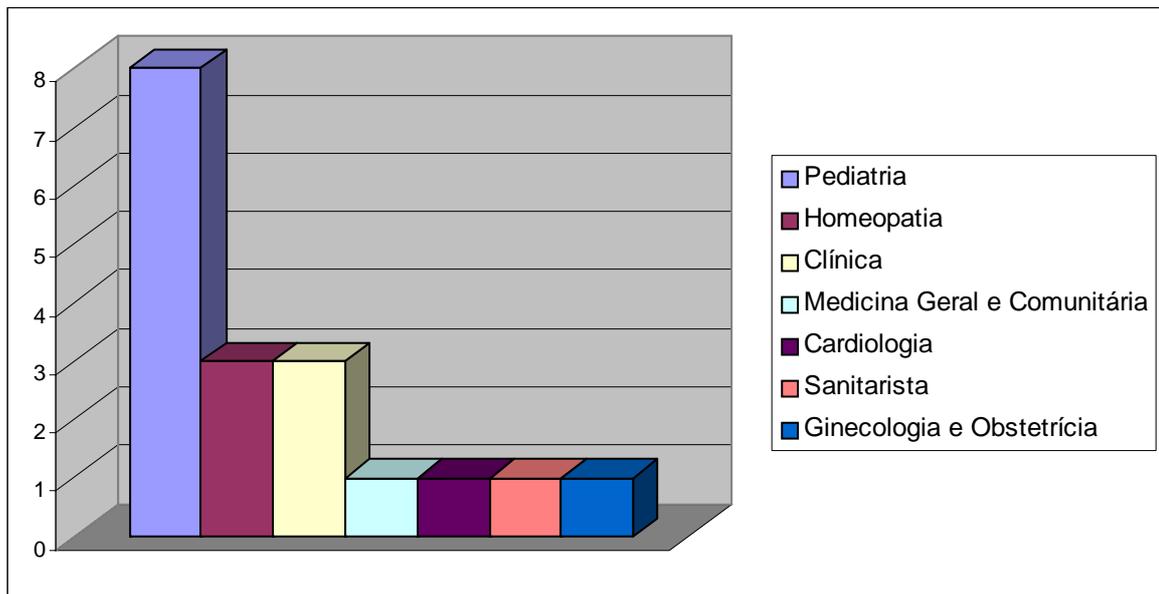
Desacelerando as atividades médicas: constituído por médicos com 50 a 59 anos de idade, que estão de modo geral há mais de 25 anos no mercado.

Paralisando a vida profissional: constituído por médicos com mais de 35 anos de formação (MACHADO, 2000).

Os médicos de família pesquisados por nós estão, principalmente, se afirmando no mercado de trabalho médico e na fase de desaceleração de suas atividades. Isso demonstra um perfil um pouco diferente do apontado na pesquisa de Machado (2000), segundo a qual a distribuição dos médicos de família no país estava focada principalmente nas fases de afirmação e consolidação na vida profissional.

Tal dado confirma que a lógica da saúde da família no Município do Rio de Janeiro tem atraído principalmente profissionais já amadurecidos na medicina em geral, acrescentando-se o dado de que o trabalho no PSF não é uma opção de escolha prevalente, nem para os recém-formados, nem para os médicos do sexo masculino.

**GRÁFICO 4:** Especialidade prévia dos médicos de família do Município do Rio de Janeiro, 2005.



Todas os(as) entrevistados(as) relataram ter feito ou residência médica (66%) ou especialização (34%), tendo larga experiência de trabalho em suas especialidades prévias antes de se iniciarem como médicos(as) de família. Portanto, confirmamos serem médicos(as) com experiência na prática da medicina em geral, cumprindo assim os pré-requisitos determinados como parâmetro na metodologia desta pesquisa.

A especialidade prévia ao início do trabalho na saúde da família mais citada foi a pediatria (42%), o que nos faz pensar que a prática dessa especialidade propiciaria certa aproximação com as famílias, facilitando uma aderência ao processo de trabalho do PSF. A prevalência da pediatria como especialidade prévia em relação ao início do trabalho com a saúde da família concorda com os dados de Machado (2000), que encontrou em sua pesquisa evidências de que na Região Sudeste esta era uma realidade concreta. Alguns relatos das médicas de família pesquisadas ilustram isto:

“Eu estava com muita insatisfação de ficar numa especialidade só, no caso, a pediatria. Já estava há 10 anos na emergência da pediatria, não agüentava mais só aquele olhar especializado, principalmente porque eu queria trabalhar na prevenção, ampliar minha prática, meu olhar, não ficar só na cura” (entrevista nº 4).

“Eu queria ter uma visão mais abrangente, coisa que a especialidade (pediatria) não estava me dando” (entrevista nº 16).

“Não agüentava mais só tratar pereba, na pediatria é assim. Eu queria conhecer as pessoas, ter o retorno do que estava fazendo, acompanhar as pessoas e não apenas tratar e nunca mais ver, eu queria a continuidade” (entrevista nº 7).

“Eu estava com muita insatisfação com a clínica pediátrica. Era só ver doença, doença, doença, aquela visão pouco ampla, depois de 10 anos cansei. Aí fui buscar uma alternativa, que foi a homeopatia, onde fiquei mais 10 anos. Fui ser médica de família porque fui substituir uma médica, eu nem sabia o que era isto. Minha amiga falou: é legal, você vai atender a criança, o adulto, o velho, toda a família, você vai gostar. Foi uma casualidade e aí, me identifiquei com uma prática que incluía o indivíduo, a família, as relações, os conflitos familiares e não saí mais. Já se passaram oito anos” (entrevista nº 18).

Podemos ver que, em comum, essas médicas de família, oriundas de uma prática na pediatria, relatam certo desgaste em relação à realidade de seu trabalho como pediatras. Isso gera um movimento, uma espécie de busca de um olhar ampliado sobre o campo da saúde, valorizando o vínculo e a humanização da relação médico-paciente, considerada, assim, como uma prioridade, quase uma necessidade pessoal. O foco no cuidado aparece também como importante fator agregador de valor, em detrimento do foco na doença, como ensina a biomedicina. Supondo que o médico de família tivesse a premissa de romper com a ênfase na doença, uma ênfase substituta possível estaria no cuidado, que se transformaria, assim, numa espécie de identidade para esse profissional (BONET, 2003).

Entendemos o cuidado como o define Pinheiro (2004, p. 21):

“[...] a ação integral é também entendida como o “entre-relações” de pessoas, ou seja, ação integral como efeitos e repercussões de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições, que são traduzidas em atitudes como: tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo”.

A partir do itinerário de formação das médicas de família oriundas principalmente da pediatria, da clínica médica e da homeopatia, permitimo-nos inferir que encontramos nessas especialidades um núcleo comum de especificidades, onde a prática, o lidar direto com o usuário parece mover o trabalho, determinando-o e definindo-o sem a intermediação necessária de qualquer tecnologia. Isso equivale dizer que saber lidar com o outro, saber ouvir, saber manejar uma relação talvez imponha um valor para a competência desse profissional.

Diaz-Jouanen (1999), dentro de uma visão sociológica da profissão médica, classifica as especialidades médicas em três grandes grupos, dependendo do grau de envolvimento do profissional em relação ao paciente. Destas classificações, consideramos importante ressaltar as “especialidades cognitivas”, definidas como aquelas que lidam diretamente com o paciente, utilizando o conhecimento cognitivo adquirido nas escolas médicas. O raciocínio clínico é acentuadamente valorizado e a relação subjetiva com o usuário também, tornando-se, segundo o autor, especialidades que assumem o modelo de “aconselhadores” do modo de vida dos pacientes. Desta maneira, os médicos de família, possuidores de uma “especialidade cognitiva”, tornam-se possuidores também de uma prática na qual predomina uma valorizada relação médico-paciente.

Os médicos de família entrevistados parecem perceber isto quando respondem sobre se o bom desempenho de um médico de família dependeria de algum dom, talento ou habilidade especial (questão 8); onde encontramos um relato que priorizava claramente o valor aferido como básico e fundamental à questões ligadas à relação médico-paciente. Assim, vejamos:

“Acho que se o médico de família não tiver um tato, não souber chegar naquela comunidade, não souber se comunicar com as pessoas, sem prepotência, sem achar que é melhor, a coisa não acontece” (entrevista nº 8).

“É gostar de ser médico, de lidar com as pessoas, dom de gostar das pessoas. O difícil não é ter o conhecimento técnico, isto a gente pega o livro, vai na internet e se vira. O difícil é saber lidar com as pessoas mesmo. Acho que beira uma arte, é conseguir fazer um vínculo com as pessoas, ver que a causa daquelas doenças é um problema psicológico, da família... Tirar a impressão de que o médico é distante. Conseguir criar o vínculo, sem perder o respeito” (entrevista nº 12).

“O médico de família tem que ser humanitário, ajudar as pessoas, encarar de frente, lutar por um ideal, fazer alguma coisa pelas pessoas que não seja só tratar das doenças delas. Ouvir as pessoas, se comprometer com elas, gostar de quem se cuida” (entrevista nº 17).

“Tem que ter amor ao próximo, porque a gente se doa como pessoa, não só como profissional. Tem que dar um algo mais que não é só o lado médico. Existe uma relação humana muito grande” (entrevista nº 10).

“Acho que eu sinto isto. Não é qualquer um que consegue ser um médico de família, tem que gostar de pessoa, de gente, mais que em todas as especialidades. Gostar do ser. Tem que ter habilidade com o lado psicológico” (entrevista nº 5).

“Eu acho que depende de um dom, que é o da compaixão”  
(entrevista nº 3).

Desta maneira, as médicas de família entrevistadas consideram as *habilidades relacionais* como valores de máximo grau no estabelecimento das relações com o usuário, reforçando o que nos diz Branch (2000), quando, abordando a discussão ética do ensino médico, considera atributos como ser atencioso, ter honestidade, paciência, respeito, compaixão, lealdade e sensibilidade, pressupostos fundamentais, em detrimento do conhecimento teórico das doenças.

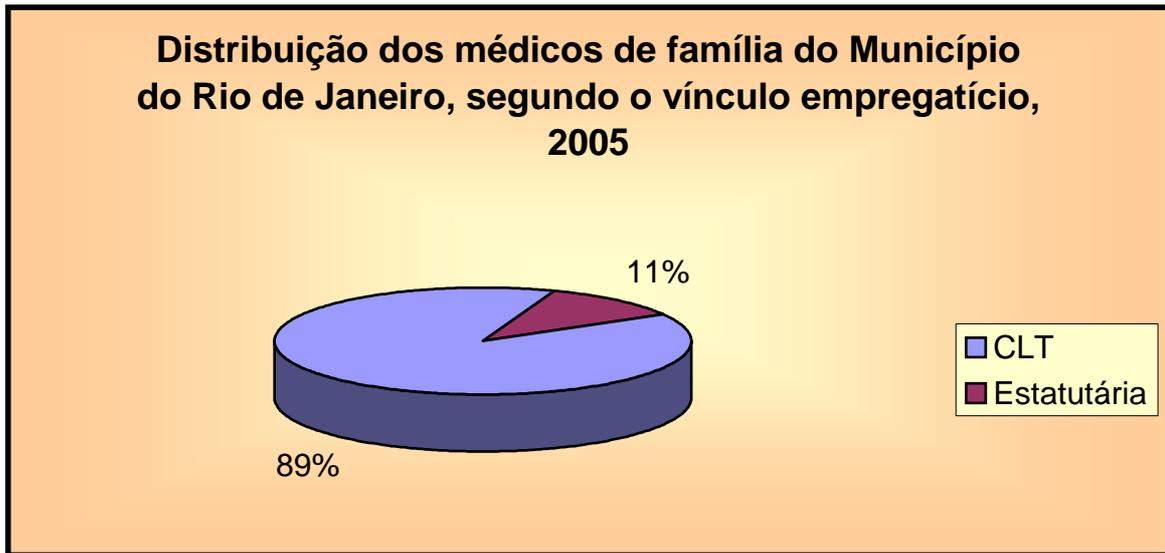
**GRÁFICO 5:** Distribuição dos médicos de família do Município do Rio de Janeiro, segundo o tempo de atuação no PSF, 2005.



Podemos observar que a maioria das médicas trabalha há quatro anos no PSF, o que denota pouca rotatividade no emprego, uma vez que o PSF no Município do Rio de Janeiro alavancou sua expansão principalmente entre os anos de 2000 e 2001 – portanto, quatro a cinco anos atrás.

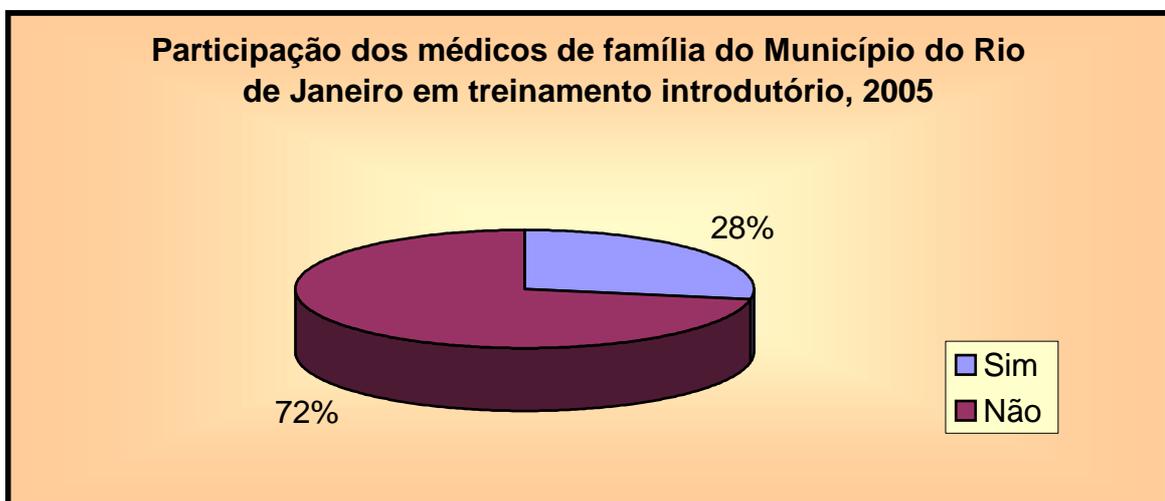
São médicas que, além de terem experiências prévias em outra especialidade, amadureceram na profissão escolhida. Mantêm-se como médicas de família desde que começaram a atuar na lógica do trabalho no PSF, e deixam transparecer satisfação pessoal com o que fazem.

**GRÁFICO 6:** Distribuição dos médicos de família do Município do Rio de Janeiro, segundo o vínculo empregatício, 2005.



O vínculo empregatício prevalente mais citado foi a CLT (89%) e, em segundo lugar, o estatutário (11%), o que afasta a precariedade do vínculo como uma questão relevante nas Unidades de Saúde da Família do Município do Rio de Janeiro pesquisadas. Tal fato se contrapõe à pauta de discussão dos médicos de família do país, segundo a qual, segundo Machado (2004) o contrato temporário, evidenciando um vínculo precário, aparece como um problema em proeminência, como já exposto no Capítulo 2.

**GRÁFICO 7:** Participação dos médicos de família do Município do Rio de Janeiro em treinamento introdutório, 2005.



A maioria das médicas pesquisadas (72%) não recebeu qualquer treinamento durante os primeiros seis meses de início no PSF, o que equivale a dizer que construíram a rotina de seu trabalho a partir de experiências pessoais prévias, que, adaptadas ao modelo PSF, possivelmente foram estabelecidas dentro de uma pactuação com toda a equipe e com os usuários, a partir de erros e acertos. Esse fato demonstra uma ausência de normatização institucional num momento de introdução a um trabalho que pretende reorganizar o sistema de saúde.

Retomando as entrevistas, quando aglomeramos os dados das categorias “pouco seguro” e “totalmente inseguro” diante da variável “conflitos psicológicos”, encontramos a maioria dos médicos afirmando: “Eu não sei bem como lidar com esta demanda, que, mesmo ocupando uma parte importante das queixas que chegam, despertam em mim sentimentos de pouca segurança (27,7%) ou fazem sentir-me totalmente inseguro (27,7%)”. Os sentimentos estão divididos.

O médico, treinado a pensar a partir da biomedicina, procura causas para entender os efeitos, acredita que pode explicar a vida através, tão somente, da biologia e, por mais que sua prática aponte a subjetividade como uma proeminência, não tem recursos, não tem suporte interno para manejar com ela. Não foi habituado a pensar, a incluir, com seriedade, a subjetividade a partir de sua formação nas escolas médicas que freqüentou (ROMANO, 2001).

Vimos que as médicas valorizam as habilidades relacionais como atributos determinantes para um médico de família de excelência, a partir do uso de termos como necessitando o profissional ter um “olhar humanitário”, “habilidade com o lado psicológico”, “gostar de gente”, “amor ao próximo”, “paciência”, “não ser o dono da verdade”. Ao mesmo tempo em que valorizam essas questões como habilidades importantes, sinalizam como “pouco seguras” e “totalmente inseguras” suas respostas prevalentes diante dos conflitos psicológicos, familiares, das situações de violência e dos drogadictos; todos ligados, de alguma maneira, às mesmas habilidades relacionais consideradas essenciais.

Parece haver aí certo conflito, no qual as necessidades percebidas como demandas importantes da comunidade se deparam com certa inadequação na ação médica. A demanda maior, que não é biológica, não é, então, respondida com segurança. Talvez a falta de segurança seja reflexo do fato de essas demandas não serem estritamente biológicas. Talvez essas médicas de família queiram nos dizer de uma postura em manter uma identidade médica construída desde o início da

graduação. Talvez estejamos diante de uma questão crucial: o limite de ação do médico de família.

De qualquer maneira, não há aqui a expectativa de que o médico de família solucione, entenda, ou mesmo lide com tranquilidade com todas as demandas que lhe chegam, o que seria pedir que superasse a si mesmo. Trata-se de assinalar que sua formação tem necessariamente especificidades que englobam um envolvimento deste com o campo ampliado da saúde, além do norte que essas questões nos apontam para o trabalho em equipe considerado, assim, como fundamental.

Na entrevista observamos que, na questão 7, as médicas de família defendem que certos conhecimentos e experiências precisam ser de domínio comum para a boa aceitação profissional. Dentre os citados, em destaque, constam os conhecimentos sobre epidemiologia e saúde coletiva, além de conhecimentos das áreas clínicas em geral e em particular a clínica médica, a pediatria, a ginecologia e a obstetrícia, que foram valorizadas como essenciais, imprescindíveis a todo médico de família.

Mas, o que chama mais a atenção é o fato de essas médicas terem destacado, como de máxima importância, justamente o que denominaram de conhecimentos “relacionados à psicologia”, vistos como de extrema utilidade para o médico de família, o que reconfirma a tendência a valorizar as habilidades relacionais. Assim temos alguns relatos:

“Para ser um bom médico de família, tem que estar disponível para o outro, tem que querer isto, tem que estar cem por cento ligada no outro, no que o outro tem a dizer” (entrevista nº 6).

“Tem que amar, gostar de atender, se interessar pelo ser humano. Não é só pelo salário. Tem que gostar de atender, de ouvir” (entrevista nº 7).

“O médico de família tem que saber lidar com o público, tem que ser um bom comunicador. Não adianta ser um teórico. Ele tem que ser um idealista, acreditar no que faz. Tem que ser também muito resistente no sentido físico, emocional, psicológico e social. Tem que ser uma pessoa forte para resistir ao desgaste do contato com o ser humano, com a impotência, com a morte, com o sofrimento... Se ele achar que vai salvar e resolver os problemas dos pacientes [...] complicou. Ele tem que saber que faz parte de um processo de limites e capacitações” (entrevista nº 2).

“Eu acho que o médico de família tem que ter boa vontade, paciência e amor ao próximo. Se não tiver um olhar humanitário não consegue ficar... Tem que se despir do título

de doutor e se inserir na comunidade. Não pode querer mudar a comunidade. Se ele achar que está certo, a comunidade não vai aceitá-lo” (entrevista nº 16).

“Tem que gostar e ter uma certa paciência. Tem que ser flexível para atender, para fazer coisas que às vezes não nos agradam muito, não são científicas, mas que a população considera e entende de outra maneira. De que adianta ficar brigando com as pessoas e dizendo isto não é científico, elas não vão fazer aquilo que você fala mesmo. Tem que saber aceitar o outro, a cultura do outro, a realidade do outro. Além disso o médico de família tem um grande valor porque eu mesmo já evitei muitas pessoas de irem para a fila do Hospital. Talvez não se reconheça isto, mas o médico de família desafoga o hospital” (entrevista nº 5).

“O tato, saber falar, saber conversar. É diferente de estar numa emergência, por exemplo. Não posso atender com arrogância, me sentindo superior. Com meus pacientes eu falo de igual para igual, que eu acho que eles são iguais a mim. Jamais vou deixar de olhar para eles quando os encontro por aí, na sala de espera, na rua. Quando o paciente vê que você não faz muita diferença fica mais fácil o meu acesso para ele, ele vai ser melhor orientado. Eles vem, me dão presentes... Não basta querer ser Médico de Família, tem que ter este perfil. Não adianta ter tanta teoria e tratar os pacientes mal. Você tem que criar um vínculo. Você vai atender não uma, mas diversas vezes aquela mesma pessoa. Também não pode se envolver totalmente emocionalmente, mas o vínculo tem que ter” (entrevista nº 8).

“Treinamento nas áreas básicas, saúde da mulher, tuberculose, diabetes, nos protocolos do Ministério, mas é preciso mais, tem que ter compromisso consigo próprio e com o outro. Eu acho que 50% da consulta é tua habilidade profissional e 50% é com o paciente. O médico de família tem aproximação com o paciente para se fazer ouvir, gerar confiança... Talvez sejamos uns médicos mais talentosos, mais falantes, mais espontâneos...” (entrevista nº 9).

“Experiência de clínica generalista, psicomotor e afetivo. Relacionamento interpessoal bom, ter atenção para sua volta, sentimento humano bom. Entender a pessoa como um cliente que você está prestando um serviço e tem que ser de qualidade no sentido do acesso e da capacidade técnica. Qualquer um podia ser um Médico de Família, desde que disposto a tratar as pessoas de forma igual, tratar o outro como você queria ser tratado, se colocar no lugar do outro. O resto...tem protocolo clínico para tudo” (entrevista nº 17).

“Para ser um bom médico de família, em grau de importância tem que ter, primeiro, paciência, saber cuidar, acolhimento e humildade. O conhecimento clínico, lidar com a doença, com conduta médica, com diagnóstico, vejo isto como último, porque é uma coisa que todo médico tem, mas os outros não...”

só alguns desenvolvem, e o médico de família é um deles” (entrevista nº 13).

Como vimos, através da descrição da identificação geral e das respostas das entrevistadas, visualizamos nossa unidade de análise, na ótica dos conhecimentos, habilidades e valores considerados pelas médicas de família como fundamentais para o desempenho profissional de excelência. Passemos agora a discutir o contexto institucional em que estão inseridas.

### **b) Contexto Institucional:**

Quando iniciamos nossos encontros com as médicas, perguntando a opinião que tinham sobre o PSF (questão 1), encontramos como resposta duas categorias centrais: uma apresentando uma idéia, uma perspectiva pessimista sobre o PSF, e outra apresentando uma perspectiva, uma idéia otimista sobre o PSF. Como 55,5% responderam com pessimismo e 16,6% com otimismo, temos que, prevalecendo uma visão negativa do programa, essas médicas apontaram como principais motivos de seu desagrado:

- Baixo salário em relação à carga horária exigida de 40h semanais.
- Carga horária de 40h semanais considerada demasiada e desnecessária.
- Falta de investimento do governo, no sentido de ampliar número de equipes de saúde da família no município.
- Excesso de famílias e pessoas cadastradas, o que dificulta o conhecimento da comunidade e não garante uma vigilância à saúde de qualidade.
- Sistemas de referência e contra-referência ineficazes e/ou inexistentes, dificultando ou impossibilitando encaminhamentos para outro nível de atenção.
- Ausência de reconhecimento profissional proveniente principalmente de outros colegas médicos e/ou de instituições como o próprio Estado e/ou corporações médicas.

Ilustrando com alguns relatos, temos na fala destas médicas:

“O PSF tenta minimizar os riscos, mas está muito aquém. Só aqui são seis mil pessoas por equipe. Não dá. Não se consegue obter um bom resultado. Não faço promoção e prevenção com este quantitativo de pessoas. A gente conhece mais de perto, mas não consegue um vínculo tão grande. Já tem um ano esperando abrir outra equipe, mas até agora não veio nada. Só eu tenho 500 hipertensos! É claro que não consigo conhecer todos, controlar todos, é muita gente! Procuo fazer parceria com a Associação de Moradores, com a Igreja, mas mesmo assim não dá. Acho que o PSF é bom, mas pode melhorar. No que depende da gente tudo bem, mas saiu para a referência é precário mesmo, nada funciona” (entrevista nº 1).

“É uma boa estratégia que precisa ser aprimorada. Tem que diminuir o número de famílias. A gente finge que dá conta dessas famílias todas. Fico sufocada com o SPA [atendimento da demanda espontânea]” (entrevista nº 4).

“Eu tive que levar meu filho à pediatra e daí falei para ela que era médica de família, ela mudou comigo, começou a me olhar de um jeito diferente, com um ar de superioridade. Ela se sentiu superior a mim” (entrevista nº 1).

“Existe um preconceito por a gente trabalhar dentro de comunidade, por não ser autônomo, porque as pessoas não conhecem a especialidade. O salário é muito baixo. Em alguns lugares as condições de trabalho são péssimas. Tem muita coisa para conseguir: a identificação da própria categoria, um maior respeito do governo, do empregador, dos colegas médicos, da equipe” (entrevista nº 13).

“Eu acho que o governo valoriza, mas os familiares e amigos não entendem. Para eles eu falo que sou pediatra. Agora os colegas médicos, estes não valorizam mesmo. Sinto neles uma certa inveja, porque eles só sabem atender o que é da especialidade deles e a gente tem uma visão mais ampla. Eles dizem que a gente não pode dar conta de tudo, que a gente não sabe aprofundar nada” (entrevista nº 3).

“Eu não me sinto valorizada, principalmente pelos colegas médicos que acham que somos médicos de segunda categoria, porque a gente lida com pobre, porque não somos especialistas, que só servimos para passar remédio para piolho e sarna. Eles acham que somos um médico que ganha muito e trabalha pouco” (entrevista nº 4).

“A referência é horrível. Nem o papel da guia de encaminhamento tem, eu que tenho que xerocar do meu próprio bolso. Os pacientes não conseguem ser encaminhados. Só consigo oftalmo, angio e urologia. O resto não consigo. Falta compromisso da Coordenação. Eu que me vire.” (entrevista nº 7).

“Para referenciar meus pacientes não uso trâmites legais, oficiais, porque demora muito, não tem resposta. Então ligo

para meus amigos e é assim que consigo as coisas. Você vê, nem uma ultrassonografia eu consigo por aqui, só em clínica particular” (entrevista nº 14).

“A referência é péssima. A central de agendamento não funciona. Até hoje (quatro anos) só consegui duas consultas para urologia. É praticamente impossível trabalhar através do contato institucional” (entrevista nº 9).

“A referência funciona precariamente. A Agente Comunitária marca e avisa para a comunidade. Mas é precário porque dá muito espaço de tempo [...] se peço hoje só consigo marcar para o especialista para daqui há três meses. Não dá.” (entrevista nº 15).

Essas médicas de família encaram o Programa de Saúde da Família, nas condições atuais, com pessimismo, principalmente porque não se sentem reconhecidas como profissionais importantes, nem pelo governo (que não organiza o sistema de saúde local), nem pelos colegas médicos, que não as vêem como “pares à altura”.

Schraiber (2000, p. 80) investiga o ideal de profissão que todo médico tem a partir da influência da cultura médica em sua formação, oriunda “de valores tradicionais da profissão e identidades profissionais bem-sucedidas no passado, o que em conjunto e não sem conflito com os conhecimentos acerca das situações atuais de trabalho, vai construindo a cultura médica”. Assim, os médicos no Brasil, que, em geral, são formados aprendendo a valorizar a especialidade, o hospital, a doença, não têm estruturado como ideal de profissão o “médico do posto”, considerado um local de trabalho “que quase ninguém quer” (FEUERWERKER, 2002, p. 17). Do “médico do posto” para o médico de família não há muita diferença no sentido do ideal de profissão esperado: de qualquer maneira, é um médico que não trabalha no hospital, que está diante da comunidade, que não maneja equipamentos de alta tecnologia.

No entanto, quando perguntadas sobre o sentimento de orgulho em relação a sua profissão (questão 9), foram unânimes em se dizerem orgulhosas por serem médicas de família. Isso nos faz inferir que os valores dessas médicas em relação a aspectos da prática estariam mudando, já que estamos diante do que Feuerwerker (2002) considera ser como um lugar social novo para o médico, construído a partir dos parâmetros contemporâneos, onde a impessoalidade nas relações, a comercialização do trabalho médico, a precisão tecnológica e a especialização, radiografam a resistência dos médicos a se aproximarem de cenários que se

distanciam de seu ideal de prática, em consonância com a resistência (ainda prevalente) à mudanças nas escolas médicas. Falamos, então, de médicas que, em conflito com a cultura médica, aceitam-se como transgressoras do ideal de profissão esperado?

Quando perguntadas se se sentiam valorizadas pelo governo, seus familiares, seus amigos, seus colegas médicos (questão 10), responderam negativamente, em prevalência, confirmando o lugar que ocupam como transgressoras do ideal de profissão esperado, acrescido da importância que têm no papel de agentes transformadoras das relações (CFM, 2005).

As mesmas profissionais afirmam, no entanto, acreditar no futuro do médico de família no país (questão 11), sinalizando para uma satisfação com o trabalho, iluminada pelo olhar do usuário do PSF no país; onde 74% dos residentes em domicílios cadastrados no PSF se declararam satisfeitos/muito satisfeitos com o programa – segundo dados coletados a partir de uma pesquisa de âmbito nacional “*A Saúde na opinião dos brasileiros*” (CONASS, 2003). Possivelmente esse sentimento de satisfação do usuário do PSF reflete também uma satisfação pessoal do profissional em realizar seu trabalho.

Encontramos, assim, profissionais que acreditam no que fazem, gostam de fazê-lo, vislumbram um futuro promissor para sua profissão, a despeito do ressentimento evidente em relação à organização local do sistema de saúde e o desconhecimento de colegas médicos sobre o PSF.

Vejamos alguns relatos a mais em relação à discussão sobre o sentimento de não reconhecimento do valor do trabalho na saúde da família.

#### ENTREVISTA Nº 9:

“Alguns colegas médicos não valorizam a gente, talvez por elitismo mesmo. Não dão o valor ao médico de família. Os familiares acham legal e os amigos também, mas o governo...O governo teoricamente apóia o PSF, mas mantém esta remuneração que é pouca. Fora a segurança que eles não dão, se não é o colega avisar que a violência tá ruim, a gente se prejudica. Além disso tem a referência que não tem apoio nenhum”.

“Gosto de ser médica de família, principalmente quando me sinto reconhecida, quando os pacientes melhoram e vem me visitar. Esta continuidade do atendimento, e ver que você fez o vínculo com o paciente, isto é, que dá orgulho”.

## ENTREVISTA Nº 8:

“Eu adoro ser médica de família. É opção mesmo, é a cachaça...”.

“Minha família no início se preocupava com a violência, mas sempre me valorizaram. Os amigos achavam estranho e me diziam: você tem certeza que vai fazer isto? Agora, os outros médicos...existe um preconceito, acham que a gente não trabalha, não tem competência. O governo já acho que valoriza sim, perto do profissional da rede, o apoio que a gente tem é maior. Mas deviam pensar num salário maior para estas 40h.”

## ENTREVISTA Nº 10:

“Me orgulho em ser médico de família, mas existe um preconceito muito grande. As pessoas não entendem, os colegas de trabalho encaram como sub-especialidade, a própria rede considera como um médico inferior aos outros”.

“Daqui a 2, 3 anos não vou agüentar continuar a ser médico de família, o salário não aumenta, não vou crescer profissionalmente. Sempre estas 40h para cumprir, como posso me atualizar, a carga é muito grande, muitos problemas sociais, isto vai esgotando a gente, ver tantos problemas todo dia vai esgotando a gente”.

“Vejo um futuro ruim, se não chegar um plano de cargo e carreiras estruturado, capacitações pensadas e não impostas... Talvez aprender, fazer uma oficina de corte e costura seja melhor para minha comunidade do que ir lá e me capacitar em tuberculose ou outra doença qualquer”.

Quando perguntamos sobre a trajetória pessoal, sobre o que mobilizou esses(as) médicos(as) a se tornarem médicos(as) de família (questão 2), encontramos principalmente um relato envolvendo idéias de satisfação com a ideologia do trabalho no PSF, sob o ponto de vista do enfoque na prevenção, na prática generalista, na ampliação do olhar para além da doença. Isso confirma o questionamento de que este talvez seja um profissional que, indo além da doença, mobilize competências não necessariamente enfocadas em sua graduação.

Registramos também a influência que tem na formação e opção desse profissional o fato de terem entrado em contato com uma prática generalista, de atenção básica, ainda enquanto estudantes de medicina. Essa fato traz à tona a discussão sobre formar com terminalidade um médico generalista apto a trabalhar em qualquer lugar e em especial na atenção básica, ainda na graduação; ou nutrir o mercado de trabalho da atenção básica com especialistas a partir da pós-graduação. Assim, registramos:

“Eu vim de uma Universidade do Nordeste onde tinha estágio rural, achava legal ir lá para o interior e trabalhar com a promoção, com a prevenção, achei interessante. Quando vi o PSF a proposta de trabalho com a comunidade achei ótimo. Se a gente não prevenir...” (entrevista nº 8).

“Eu fiz internato em saúde da família e não quis abandonar mais, principalmente porque é uma forma de reestruturar o conceito de saúde, saindo do modelo curativista, além de ampliar o acesso ao sistema de saúde para o paciente” (entrevista nº 10).

“Eu sempre gostei de PSF. Na minha faculdade tinha essa cadeira e sempre achei que no PSF a gente tinha um contato mais próximo, menos formal com o paciente. Me identifico com isto, por isto vim trabalhar aqui” (entrevista nº 11).

“Fiz meu eletivo no PSF. Fiz a escolha certa e não larguei mais” (entrevista nº 15).

Retomando a descrição da observação participante, registramos, sobre o contexto institucional, situações reveladoras de uma realidade marcante:

“Ao conversar com profissionais como: médicas, enfermeiras, técnicos de enfermagem, odontólogo, psicóloga, agentes comunitários de saúde, pacientes, pessoal administrativo, coordenador, gerente do Posto, vigia, pessoal da limpeza, cozinheira... Notava a vontade que tinham em falar, bastava eu estar lá que eles vinham, espontaneamente, me procurar para falar sobre o trabalho em geral, como por exemplo sobre a coordenação de área programática, a comunidade, a violência, o medo, as médicas, a falta de perspectiva, as crenças, as relações estabelecidas no trabalho”.

Durante meses após o término da observação participante, recebemos convites para retornar, ligações com notícias e novidades, pedidos de aconselhamentos pessoais, numa espécie de desejo de manutenção da necessidade de escuta. Expressam-se, assim, a ausência de um fórum de reflexão sobre o processo de trabalho e a inexistência de educação permanente com a equipe.

Encontramos um PSF no meio de uma comunidade considerada violenta, onde o tráfico de drogas se fazia representar de maneira evidente, definindo estratégias de atuação da equipe de saúde e evidenciando uma troca de comunicação nem sempre velada entre ambos. Assim, registramos em nosso diário de campo:

“O assunto drogas foi proibido, eu proibi. Não dá para discutir isto com a comunidade. É uma pena, mas não falamos sobre isto nem com o grupo de adolescentes. Se eles trazem este assunto nós não damos continuidade. O tráfico aqui já mandou recado que não devemos falar sobre drogas e violência e eu, como médica da equipe já decidi, não vou desobedecer, não vou me expor.”

“Os adolescentes identificam dois grandes problemas aqui na comunidade, eles mesmos dizem: as drogas e a gestação na adolescência. O que podemos fazer se falar sobre drogas, nós todos chegamos a esta conclusão, os agentes também, falar sobre drogas aqui não dá. Então eles ficam por aí, sem atividade, depois da escola ficam pelas ruas só aprendendo besteira, vendo a facilidade de usar drogas e trabalhar para o tráfico.”

“Olha, deixa eu te falar uma coisa, não olha para o posto policial, não fala com eles, não cumprimenta, nem coloca seu carro ali porque os caras do tráfico estão vendo tudo e podem achar que você é amiga dos policiais e isto não ser bom para você.”

“Não se incomode, é só rojão para avisar que a polícia está chegando. É que aqui tem muitas entradas e saídas, por isso tem horas que não paramos de ouvir. Mas quando é prá valer começa logo o tiroteio, daí a gente fica aqui quietinho, ninguém sai. Se já estou na rua entro logo na casa de alguém e espero passar, bato na primeira porta que vejo. Morro de medo.”

“Ah! Não liga! (com o som do rojão de fogos de artifício ininterruptos). Imagina que aqui é uma festa junina constante. Isso é a polícia chegando.”

“Uma vez eles mataram o cara bem aqui neste terreno baldio atrás do posto e largaram o corpo lá. Nós demos um jeito de mandar recado para eles não fazerem isto mais não, para irem para mais longe. Nunca mais aconteceu.”

“Eu estava saindo de casa quando ouvi um barulho. Fui ver era o menino do tráfico fugindo da polícia. Ele falou para eu deixar ele ficar lá escondido. Saí de casa, os policiais lá fora me vendo sair. Tranquei a porta de casa e só voltei bem de noite. O menino era um rapaz que conheço desde criança, estava lá dentro quando voltei. Disse para ele: ‘ih, te deixei de molho o dia todo né’. Dá pena de ver eles crescerem e virarem isto, mas também entendo, o que eles vão fazer aqui neste fim de mundo, sem estudo direito, trabalhar onde?”

“A polícia aqui não respeita a gente, não respeita o morador, tanto faz se é trabalhador ou vagabundo. Eles entram na casa da gente quando querem, dão tapas na cara da gente, vasculham nossas casas, jogam nossas roupas no chão, nossas coisas. E tudo sem fazer diferença, fazem isso na casa de trabalhador, de gente que não tem nada a haver com o

tráfico. E tudo sem mandato algum, vão entrando armados e pronto. A gente tem que ficar quieto, né, senão vai ser pior”.

Como esperar de um médico de família competência para lidar com essa realidade?

### **c) Modelo de atenção:**

Em relação à organização do serviço, do trabalho, da prática, a maneira de gerenciar tal prática em consonância ou não com a metodologia do PSF, vimos que, a partir das questões 3, 4 e 5: os(as) médicos(as) têm uma média de atendimentos por dia em torno de 21 pessoas, sendo que a maioria desses atendimentos é feito por demanda espontânea, ou seja, o critério de marcação de consultas é realizado a partir da livre procura do usuário ao serviço e não a partir de critérios de análise do SIAB (Sistema de Informação Atenção Básica), que determina prioridades para marcação de consultas segundo o perfil da comunidade.

Os atendimentos de demanda espontânea são realizados, na maioria das equipes pesquisadas, a partir de uma triagem feita no mesmo dia da procura do usuário, somente no início da manhã, geralmente pela enfermeira, auxiliar de enfermagem e/ou agente comunitária de saúde. Eventualmente, a médica participa diretamente dessa atividade, na maioria das vezes ela fica atendendo a população triada pelo restante da equipe.

A referência, ou seja, o encaminhamento para outro serviço de saúde, para hospitais ou ambulatórios com especialistas, é citada como precária, inexistente ou ineficaz por 16 das 18 médicas de família entrevistadas. A contra-referência, local onde os especialistas consultados pelo paciente deveriam escrever a conclusão de sua consulta para apreciação do médico de família, foi realizada apenas “uma vez em quatro anos que estou no PSF”. Em todos os outros relatos, a contra-referência nunca aconteceu.

O quantitativo de visitas domiciliares está em torno de três por semana, sendo que todos(as) os(as) médicos(as) se reconhecem capazes de realizá-las, embora não tenham tido nenhuma capacitação específica para tal, com exceção de uma médica, que relatou ter sido treinada para realização de visitas domiciliares em outro estado que não o Rio de Janeiro.

A pesquisa, citada acima, sobre “A saúde na opinião dos brasileiros” (CONASS, 2003) confirma:

“O maior motivo de insatisfação com o PSF está referido ao número de visitas domiciliares, considerado baixo, segundo 60% dos que se declararam insatisfeitos. No conjunto formado pelas capitais e regiões metropolitanas, os médicos / enfermeiros do PSF ‘fizeram um única visita e não voltaram mais’ em cerca de 32% dos domicílios cadastrados, segundo os entrevistados. No conjunto formado pelas cidades do interior, este percentual cai para 8%” (CONASS, Brasil, 2003, p. 33).

Logicamente a realidade de um grande centro urbano como o Rio de Janeiro agrega dificuldades maiores em se realizar uma visita domiciliar em comparação a uma cidade do interior do país, devido à questão da violência urbana, principalmente. De qualquer maneira, há a necessidade de se escutar esses profissionais em suas dificuldades de mudanças de cenário de prática.

A visita domiciliar certamente expõe mais o profissional. O consultório é território conhecido, mais seguro. Mas uma discussão sobre a importância da visita domiciliar como agregadora de mudanças na lógica da atenção à saúde sintonizaria uma qualidade outra ao olhar do médico de família.

Ouvi muitos relatos, principalmente das Agentes Comunitárias de Saúde sob a forma de desabafo, de queixa, de clara indignação sobre como “as médicas não gostam da visita domiciliar”.

“Não adianta, elas não vão, acabam atendendo aqui, arrumando coisa para fazer aqui e não saem com a gente”.

“Às vezes eu fico sem saber o que falar, a senhora me pede prá doutora passar lá na casa dela, eu digo que a doutora vai lá e ela acaba não indo. E a minha cara, como fica? É difícil trabalhar assim”.

“Eu entendo, as doutoras têm muito trabalho, é muita gente prá atender, elas acham que vão perder tempo indo nas casas dos pacientes com a gente”.

“Olha, elas de tarde teriam tempo de ir às visitas domiciliares com a gente, mas elas ficam mexendo nestes papéis, inventando coisa prá fazer, aí quando vai ver já tá na hora delas irem embora”.

O modelo de atendimento tradicional, não seria uma forte referência que os(as) aproxima da cultura médica, incentivando uma prática que valoriza o

atendimento no consultório em detrimento da visita domiciliar? Estariam essas médicas de fato preparadas para uma mudança do modelo de atenção à saúde? Falam os(as) médicos(as):

“Eu até que gostaria de fazer mais VD (visita domiciliar), mas é que não dá tempo, é tanta gente prá atender, é tanto papel prá preencher, tanta burocracia, tem os resultados de exame que tenho que separar, ver o controle dos hipertensos, dos diabéticos que acabo ficando aqui no consultório o dia todo” (entrevista nº 14).

“Não faço visita domiciliar. Ela está em segundo plano. O atendimento é demais. A minha área está insuflada, tem uma avalanche de gente prá atender todo dia. Agora vamos começar a remapear a área. Fora a burocracia, resultados de exames. Eu tenho cerca de 1200 famílias, não conheço todo mundo...” (entrevista nº 4).

“Eu faço mais ou menos umas seis visitas domiciliares por semana e por dia eu atendo uma média de 30 pessoas. Por mês eu atendo 300 pessoas. Minha produção é boa. Atendo cinco períodos por semana. Priorizo urgências, critérios de risco, consultas de rotina agendados, libero medicação até a data da consulta... Meu maior concorrente é o plano de saúde” (entrevista nº 10).

“Olha, não dá tempo de fazer tudo. Está com muita burocracia. Não vejo como fazer cotas com as famílias. Eles estão exigindo que a gente atenda a um mínimo de 260 pacientes por mês, o que dá uma média de 10 minutos por paciente. Isso não é saúde da família. Não consigo entender saúde da família cobrando produtividade de atendimento de paciente para o médico. A gente trabalha com as famílias, é diferente. Aí acaba que eu fico aqui no consultório o tempo todo e não faço as visitas domiciliares que deveria fazer. Nos últimos seis meses eu fiz três visitas domiciliares só! É muito difícil fazer VD. Também pela violência, sabe...” (entrevista nº 8).

“Eu só vou na VD em último caso. Aqui toda hora entra polícia, tem muito tiroteio e eu só vou quando não tem jeito mesmo e sou obrigada a ir. Peço sempre para trazerem os pacientes aqui, eu prefiro” (entrevista nº 7).

“Eu reservo três dias para visita domiciliar. Dá uma média de 20 visitas por semana. Adoro a VD. Me sinto capacitada para fazer as visitas, mas sinto necessidade de continuar meu treinamento, ainda não estou totalmente pronta. Aqui tem o agravante da violência. Tem dia que tenho que me abaixar debaixo da mesa do consultório quando começa o tiroteio. Mas faço as visitas, não me intimido, quando está calmo, pego a agente comunitária e vou prá rua” (entrevista nº 11).

“Eu só faço umas cinco visitas domiciliares por mês. Você já olhou lá fora, tem olheiro prá todo lado, só entro lá com um

grupo de pessoas daqui. Não vou só com a agente comunitária não, tenho medo” (entrevista nº 12).

Em relação às atividades de educação em saúde, encontramos relatos de que sejam realizados, em média, cerca de cinco por mês, na maioria das vezes em conjunto com a enfermeira, com o auxiliar de enfermagem ou com o agente comunitário de saúde. O médico praticamente não se envolve sozinho no planejamento, nem na coordenação ou na execução dos grupos. Essa é uma tarefa que parece fugir de seu controle exclusivo; é uma tarefa que, considerada relevante para o restante da equipe, exalta a lógica de atendimento focada numa prática curativa, que, treinada desde sempre, aparece isenta de qualquer conflito para os médicos em geral.

Vejamos assim, alguns relatos:

“Eu prefiro ficar atendendo e deixar os grupos para a equipe tocar, eu acho que sou mais útil assim” (entrevista nº 3).

“É perda de tempo sair daqui do consultório onde precisam mais de mim e ficar indo fazer visita domiciliar ou participando de um grupo. Deixa, que as meninas fazem até melhor que eu. Quando precisa da opinião de um médico, ou elas querem que eu fale sobre alguma doença, aí elas me chamam, eu vou lá, falo, preparo uma aula legal e volto para o consultório (entrevista nº 6).

“Eu acho que isto é coisa para a Enfermagem ou as Agentes fazerem. Elas têm formação para isto, eu fico insegura diante do grupo. O primeiro dia a gente vai lá, fala o que tem para falar e tudo bem, mas depois o que falar? A continuidade eu não sei dar, fico sem tema para falar, vai esgotando. As meninas não, elas sabem tocar os grupos. Meu lugar não é lá, é no consultório” (entrevista nº 12).

Terá esse médico de família que discursa sobre humanização da relação médico-paciente, que se identifica como alguém que busca o vínculo, a continuidade do atendimento, que reivindica diminuição de pessoas cadastradas para melhorar a qualidade da atenção ofertada; terá esse médico conseguido romper com uma prática biologizante? Podemos pensá-lo como alguém que maneja bem a noção de cuidado, onde a promoção e a prevenção, pilares da saúde da família de fato façam parte intrínseca de sua prática? É possível deslocarmos do médico seu foco na doença?

Canguilhem (2005, p. 11) afirma que “o par médico-doente raras vezes foi um par harmonioso, em que cada um dos parceiros pudesse se dizer plenamente satisfeito com o comportamento do outro”. Estaríamos esperando nascer do médico de família um outro médico?

Vejamos como se percebem essas médicas em relação ao sentimento de segurança diante do manejo, da prática na saúde da família, onde algumas questões de seu cotidiano no PSF necessariamente aparecem com a prerrogativa da inevitabilidade (questão 6).

**QUADRO 6** : Número respostas, por categoria, em relação ao sentimento segurança, para cada variável estudada:

	<b>Muito Seguro</b>		<b>Seguro</b>		<b>Pouco Seguro</b>		<b>Totalmente Inseguro</b>	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Questões Pediátricas	10	55,5	7	38,8	1	5,5	-	-
Questões Ginecológicas	3	16,6	11	61,1	4	22,2	-	-
Questões Obstétricas	3	16,6	7	38,8	8	44,4	-	-
Questões Clínicas	3	16,6	15	83,3	-	-	-	-
Questões Cirúrgicas	1	5,5	7	38,8	8	44,4	2	11,1
Questões Geriátricas	2	11,1	9	50,0	7	38,8	-	-
Conflitos Psicológicos	2	11,1	6	33,3	5	27,7	5	27,7
Conflitos Familiares	2	11,1	10	55,5	5	27,7	1	5,5
Situações de Violência	1	5,5	4	22,2	10	55,5	3	16,6
Drogadictos	1	5,5	5	27,7	9	50,0	3	16,6
Múltiplas e simultâneas queixas e patologias	1	5,5	11	61,1	6	33,3	-	-
Necessidades de cuidados contínuos	-	-	14	77,7	4	22,2	-	-

Notamos que, na categoria “muito seguro” as “questões pediátricas” são prevalentes (55,5%), o que confirma a experiência dessas médicas em lidar com demandas ligadas à pediatria. Embora nenhuma médica tenha relatado estar “muito segura” diante das “necessidades de cuidados contínuos”; 77,7% afirmaram estar “seguras” diante da mesma categoria, denotando, enfim, certa tranquilidade para lidar com os usuários a partir dessa perspectiva – reafirmada nas 61,1% que responderam sentir-se “seguro” diante de “múltiplas e simultâneas queixas e patologias”.

Observando a categoria “seguro”, ressaltamos que assim se sentem, diante das “questões clínicas”, 83,3% das médicas, demonstrando que atingiram certo grau de resolubilidade em lidar com demandas clínicas, o que nos pareceu ser uma condição bastante positiva.

Ou seja, estamos falando de médicas que conseguem manejar bem questões relacionadas à prática da biomedicina. Do ponto de vista biológico, resolvem mais problemas que envolvem tanto crianças quanto adultos. Resolvem menos, do ponto de vista psicológico e social, outras necessidades de saúde que a comunidade demanda, confirmando o tom dado à formação médica na biomedicina, em detrimento do olhar ampliado para o campo da saúde.

Quando pulverizamos as clínicas básicas e estabelecemos categorias do tipo “questões ginecológicas”, “questões obstétricas”, “questões cirúrgicas”, “questões geriátricas”, na intenção de entender mais detalhadamente a particularidade do sentimento de segurança diante de uma prática na saúde da família, encontramos situações que, de certa maneira, nos surpreenderam.

Assim, a maioria das médicas sente-se “segura” apenas diante de questões ginecológicas, além das pediátricas e clínicas. Quando têm de lidar com questões que envolvem a obstetrícia e a cirurgia, o sentimento que prevalece é o de “pouco seguro”. Indo mais além, na cirurgia, 44,4% declarou-se além de “pouco seguro”, “totalmente inseguro” (11,1%) no lidar cotidiano com estas questões.

Nas “questões obstétricas” 44,4% perceberam-se como “pouco seguros”, o que nos chamou a atenção diante do fato de que o médico de família deve saber manejar bem o pré-natal e a assistência pós-parto no acolhimento à saúde da mulher.

Considerando que a população brasileira está envelhecendo e que saber lidar com a realidade de vida dos idosos exige atributos especiais, encontramos que, diante das “questões geriátricas”: 11,1% se sentem “totalmente seguros”, 50,0% “seguros”,

38,8% “pouco seguros” e nenhum médico(a) “totalmente inseguro”. Isso nos faz inferir que, ou esses(as) profissionais não se percebem com grandes dificuldades em lidar com o idoso em geral, ou não dimensionam devidamente o grau de especificidade que compõe este universo.

Utilizando a categoria “pouco seguro” percebemos que, além de se sentirem assim diante das “situações de violência” (55,5%) sentem-se assim, também, em relação aos “drogadictos” (50,0%).

Desta maneira, percebemos que nem com a violência, nem com os drogadictos essas médicas de família se sentem plenamente seguras, o que é de se esperar. Considerando que as unidades de saúde da família do Município do Rio de Janeiro, implantadas principalmente na Zona Oeste da cidade – em comunidades onde a realidade da violência e a realidade do uso de drogas fazem parte de uma tensão concreta vivenciada pelos moradores locais, usuários do PSF – é possível afirmar que lidar com essas situações poderia ser um atributo de valor para esse médico de família. Ou seja, que seria inevitável a expectativa de que o médico de família do Município do Rio de Janeiro deva estar preparado para lidar com a violência e com os drogadictos.

Mas, nem sempre as coisas são como imaginamos... E o mundo real, repleto de histórias de sofrimento e dor, parceiros da escuta do médico de família que está ali, todo dia, testemunhando o cotidiano da comunidade; esse mundo real pede a este médico que resolva, que ajude, que possa acalmar suas amarguras. São pedidos muitas vezes sem eco, são histórias sem retorno diante de um profissional que, inúmeras vezes, não pode fazer para além do possível. E qual seria o possível para esse profissional? Lidar tão somente com a biologia humana?

Não se trata de se justificar, ou de se proteger a favor da corporação à qual também pertencemos, mas de procurar entender que esse médico não consegue resolver, ou mesmo lidar (como vimos na pesquisa), com muitas questões que chegam a ele e que demandam dele uma resposta: questões psicológicas e sociais, sobretudo. O que fazer? Conviver com a frustração de ver seu jovem paciente, com baixa escolaridade, morador da periferia da cidade, com pequeno poder aquisitivo, envolvendo-se com o tráfico de drogas e não contar com um eficiente suporte social para lhe oferecer como opção?

O médico de família, diante de tantas impossibilidades, responde insistindo em continuar tentando. Está lá, trabalhando, em média, há quatro anos. Não desistiu precocemente. O que procura?

Observamos que, a partir do modelo de atenção adotado, diversas situações da prática parecem depender do gerenciamento imediato e direto das médicas, sugerindo que a prática não mudou, continua centrada no médico. Constatamos que as médicas traduzem sua presença aceitando e sendo aceitas como alguém que resolve muitos problemas tanto da comunidade (atendendo-a), quanto da equipe (decidindo). Papel de liderança? De poder? Certamente que sim. Mas uma liderança que começa a perceber o que não sabe, o que a faz insegura. Ou seja, a observação sugere, além de condições de trabalho precárias, um processo de trabalho estruturado em cima de um grau alto de desgaste cotidiano do médico.

De qualquer maneira, as médicas de família pesquisadas parecem não reconhecer, na prática, o campo ampliado de saúde. Percebem que a comunidade quer ser ouvida, tem a dimensão de que as relações interpessoais as chamam para lidar com a subjetividade própria e do outro de maneira proeminente, mas não realizam muitas visitas domiciliares, não se envolvem pessoalmente com os grupos de educação em saúde, permanecem a maior parte de seu tempo no ambulatório, atendendo, resolvendo doenças, manejando com a medicina que o Conselho Federal de Medicina e as escolas médicas acreditam ser a função maior do médico: diagnosticar e prescrever.

Então, estaria no caminho certo o médico de família que nos atendeu? Novamente nos perguntamos sobre nossa sensação de insatisfação quando saímos de sua consulta! De nada valeu para esse médico de família transgredir o ideal de profissão e insistir em conviver estreitamente com a comunidade? Que diferença de fato faria entre ser um médico de um ambulatório qualquer ou um médico de família, senão por uma prática diferenciada?

Se o modelo de atenção do médico de família pesquisado na verdade pouco mudou e ele continua esperando a demanda de atendimento chegar, gerenciando toda a equipe que drena para seu consultório as doenças detectadas, o que esperamos então desse profissional?

Discutindo sobre o contexto institucional em que se insere, observamos que seu perfil profissional agrega uma transição, que transparece na fala como um projeto de mudança, e na prática como um modelo tradicional. Falta referência para o médico de família do Município do Rio de Janeiro, que essencialmente não foi treinado em seu início de trabalho e que vê o apoio do município para capacitações, encaminhamentos, supervisão e acompanhamento como precários e ineficazes, quase ausentes.

Não havendo um projeto consolidado para lidar com a estratégia da saúde da família no município, falta reflexão sobre o processo de trabalho, falta gerenciamento deste, falta investimento em recursos humanos e na estrutura física oferecida. Reflexo do descaso com a atenção básica, já discutida anteriormente e cruelmente verificada aqui. Quem perde é mais uma vez o usuário.

Com uma formação que aponta para o biológico como saída principal e uma prática que suscita outras saídas, restam alguns caminhos entre o experimentar diferente e o acomodar-se ao conhecido.

#### **d) Condições de trabalho:**

As condições de trabalho do médico de família pesquisado são, de maneira geral, precárias, como é precário o olhar para a atenção básica, como precário é o lugar que muitos reconhecem para o médico que lida diretamente com a comunidade. Passemos, então, à descrição da observação participante, no foco das condições de trabalho oferecidas a esse profissional:

A sala de atendimento era pequena, sem janelas, com ar condicionado, um ventilador, quatro cadeiras, duas mesas dispostas em perpendicular em relação uma à outra. Uma das mesas era para a médica atender os pacientes, outra para a enfermeira de sua equipe, ambas separadas por uma pia de uso comum.

Em relação à única porta, a mesa da médica ficava à esquerda no canto final da sala, espremida por um divã de exame à sua direita. De sua cadeira podia-se ter livre visão da pequena sala, vislumbrando a mesa da enfermeira, que se localizava imediatamente após a pia, e que, virada de frente para a porta e para um velho arquivo, era a primeira referência para quem entrava.

O mobiliário era todo antigo, repintado de branco, já meio desgastado, descascando. A médica me dissera uma ocasião que os móveis

“[...] foram todos pintados por nós mesmos. Eu vivia pedindo para que trocassem, estes móveis estão aqui desde que o Posto foi inaugurado, há mais de dez anos...eu vivia pedindo para trocarem, mas aí um dia me enchi, fui lá, comprei uma tinta, chamei o pessoal e nós mesmos pintamos tudo de branco. Agora já está até precisando de nova pintura. Mas, foi assim, se não até hoje a gente tava com eles naquele estado”.

Muitos mosquitos nos envolviam dentro da pequena sala, e observando nosso incômodo, a médica falou:

“É horrível, não é? Eu já me acostumei, acho que estes mosquitos já nem me picam mais. Eles devem é estar sentindo o cheiro de sangue novo com você aqui e estão te atacando. Mas, daqui a pouco você se acostuma também. Aqui é assim mesmo, não tem jeito”.

Por cima da mesa da médica acumulavam-se papéis, manuais, livros, sua bolsa, receituário, apostilas, a agenda de marcação de consultas, aparelho de pressão, estetoscópio, remédios – dividindo espaço com o prontuário onde escrevia sua conduta.

Cada mesa tinha apenas uma cadeira para uso do paciente. A diminuta pia separando as duas mesas tinha uma torneira que, se aberta sem muito cuidado, vazava água pelo chão – era uma torneira “há muito tempo quebrada”, segundo a médica.

As paredes eram brancas, mas repletas de desgastados cartazes meio amarelados, meio rasgados, incentivando ações de promoção e prevenção da saúde. Espalhados desordenadamente por toda a sala, causavam uma certa poluição visual.

Havia também uma cristaleira e o velho arquivo de manejo difícil, onde se encontravam gavetas emperradas, visivelmente lotadas de prontuários dos pacientes. Em cima do arquivo acomodavam-se as bolsas e pertences de toda a equipe, livros, papéis, caixas com material de uso comum. Lá deixamos nossos pertences, como todos.

A sala era, desta maneira, além de consultório médico e de enfermagem, um espaço comum para toda a equipe. Ali permaneciam juntas, no mesmo espaço, sem separação de ambiente, as cinco agentes comunitárias de saúde (a sexta estava em processo de seleção), a médica, a enfermeira, o auxiliar de enfermagem e os pacientes. Estes esperavam do lado de fora, em bancos ao ar livre, a tão esperada hora de serem atendidos.

No lado externo da sala, ao lado da porta de acesso, uma balança e uma outra mesa onde o auxiliar de enfermagem, a agente comunitária de saúde ou a enfermeira pesavam, mediam, aferiam temperatura e pressão arterial das pessoas, organizando o

atendimento e muitas vezes resolvendo a questão dali mesmo, sem que fosse necessária uma conversa com a médica.

As fichas dos pacientes eram distribuídas, após a triagem realizada do lado de fora do consultório, entre a médica e a enfermeira, para que ambas, simultaneamente, pudessem atender os pacientes agendados previamente ou vindos como demanda espontânea.

Antes de iniciarem os atendimentos toda a equipe se reunia naquela sala para traçar metas para o dia que começava, alavancando prioridades de trabalho, pendências do dia anterior, discordâncias e conflitos entre os membros da equipe com a direção do PSF ou com membros das outras equipes. A médica coordenava a reunião e sua palavra era sempre a última.

Após cerca de 40 minutos de nossa chegada, os atendimentos se iniciaram e o restante da equipe, num movimento de entrada e saída constantes, interrompia com muita frequência a fala dos pacientes diante da médica ou da enfermeira, a fim de: tirar suas dúvidas, dar recados, combinar compromissos de trabalho, requisitar a agenda para marcação de consultas, mexer no barulhento arquivo, conversar entre si, pegar objetos pessoais.

A porta se abria, marcando a pouca luminosidade da sala diante da contrastante e intensa claridade que vinha de fora, ao entrar mais um paciente. Vinha algo tímido e antes de sentar já descrevia sua queixa, algumas vezes nem se sentava, em outras era forçado a ter que manter em pé seu acompanhante, já que só havia uma cadeira disponível.

As consultas médicas, que não duravam mais do que uma média de dez minutos eram repletas de atenção. A atenção, a orientação, a promoção da saúde realizada pela médica eram pontuais, rápida, precisas, necessárias, declaradas como uma prescrição, mas absolutamente frequentes. Ela realizava exame físico em todos os seus pacientes e nas crianças em particular.

A enfermeira, que atendia simultaneamente, atendia principalmente pessoas não marcadas previamente, que, como demanda espontânea, eram acolhidas e encaminhadas para uma resolução muitas vezes efetivada ali na hora, através de uma rápida pergunta à médica, que interrompia seu atendimento para suprir dúvidas quanto a condutas, pedidos de prescrição, solicitação para carimbar receita, interpretação de exames, orientação de encaminhamento para outro nível de atenção. A médica,

acabava, assim, por atender duplamente, pois, além dos pacientes diante dela, tinha que resolver as demandas constantes e freqüentes da enfermeira. Ao final daquela manhã de trabalho, perguntamos à médica como ela se sentia, e ela respondeu com um profundo suspiro e o olhar perdido de cansaço: “Sugada...”.

Descrevemos outras realidades registradas: a comunidade lotava o PSF que não era chamado assim, apesar de lá implantado desde 2000. Era chamado por todos, funcionários e usuários como: “posto de saúde, posto ou postinho”. A sala de espera, que era na verdade o pátio do Posto, ficava repleta. Muitas pessoas em pé, ao ar livre, crianças correndo, cães circulando livremente, uma televisão impossível de ser ouvida ligada constante e exclusivamente na TV Globo, aumentando o barulho e a confusão.

O grande movimento de pessoas se iniciava já às 8h, quando chegavam as equipes, e só diminuía por volta de 11h30min, perto do horário de almoço. De tarde o cenário era outro. Não havia aquela aglomeração de pessoas, todos ficavam mais lentos, mais calmos, menos urgentes.

As cinco equipes, funcionando na medida do possível, nem sempre estavam completas. Umas não tinham médico, outras não tinham enfermeira, outras sem agentes comunitários, outras sem auxiliar de enfermagem. No entanto, o trabalho havia de andar, pois que era cobrada a produtividade de cada equipe pela CAP (Coordenação Área Programática – Secretaria Municipal Saúde). Pairava no ar o receio de que na próxima reunião “seria a vez da gente”, numa alusão a uma condição de se ver colocado na “berlinda”, de se sentir pressionado, em condição de julgamento, reforçada pela fala de uma médica que relatou:

“falta de apoio do GAT (Grupo de Apoio Técnico da CAP) que ao invés de nos apoiar naquilo que temos dificuldade, só fica apresentando aqueles papéis cobrando da gente mais produtividade, mais resolutividade, cumprir as metas, diminuir os índices de adolescentes grávidas. Ah...Não acho isso certo”.

Ao fim de uma reunião com o GAT, presenciamos a médica sair com um papel no qual constavam as metas a serem cumpridas pela equipe, sem que se desse espaço para discussão de estratégias que viabilizassem o cumprimento dessas, sem que fosse colocada em pauta a descrição dos problemas enfrentados no cotidiano do trabalho, ou o tipo de apoio técnico que poderia o GAT proporcionar à equipe.

Inevitavelmente um discurso de descrédito e de distanciamento selava as relações entre a equipe e o município, estabelecendo uma espécie de abismo entre as

necessidades reais dos profissionais e o tipo de apoio técnico proporcionado pela prefeitura, assim as expectativas das médicas eram:

“O GAT deveria nos tirar dúvidas clínicas, dúvidas do dia a dia, a gente não tem condição de saber tudo. Acho que o GAT deveria ter um supervisor disponível para tirar dúvidas, a gente ligava e tinha uma orientação quanto ao que fazer. O GAT não cumpre este papel. Aqui ninguém sabe ler um eletrocardiograma, a gente pede com laudo, mas nunca vem com laudo. A gente já pediu treinamento, ou que a CAP determine um cardiologista que nos dê o laudo, nem que seja uma vez por mês, mas eles não fizeram nada e a gente está se virando com um amigo da outra médica que faz, quando pode, o favor de ler os eletros prá gente quando a gente acha que ali tem algum problema mais sério. Eu tenho muita dificuldade com situações de ginecologia, de geriatria, e não tenho a quem recorrer. O GAT é quem deveria ser o meu apoio”.

“A CAP só propõe treinamentos e capacitações de doenças, eu conversei com eles e pedi treinamento para a saúde e não para a doença, mas eles só mandam para capacitar sobre o pé diabético, sobre a tuberculose, sobre a hanseníase. E a prevenção, como vou aplicá-la? Meu problema é com a criança saudável, quando dizer que tem que usar papinha, como fazer os testes neurológicos na criança saudável. Tinha que saber mais sobre prevenção, sobre orientação à mãe que amamenta por exemplo. Eles só focam na doença. O PSF é para prevenção, mas as capacitações são sempre para as doenças. Eles riram e não me deixaram ficar fazendo treinamento sobre isto”.

Durante a observação participante, presenciamos alguns atendimentos médicos, nos quais a médica, diante de dúvidas quanto a condutas, diagnósticos ou prescrições, abria os protocolos e manuais postos em sua mesa de trabalho para sanar a situação. Poucas vezes presenciamos a procura de outra colega médica para ajudar nessas situações, o que nos deu a impressão inicial de que as dúvidas eram pouco compartilhadas entre as médicas.

Como as consultas médicas e de enfermagem eram realizadas dentro da mesma sala, onde simultaneamente funcionava: o consultório médico, o consultório de enfermagem, o arquivo, depósito de materiais educativos, de materiais de escritório e de uso permanente do consultório, local de guarda dos pertences pessoais da equipe, local de marcação de consultas, posto de trabalho das agentes comunitárias de saúde e dos auxiliares de enfermagem, não havia nenhum espaço exclusivo para o atendimento ao paciente. As salas de atendimento, sem qualquer divisória ou espaço reservado para o usuário, não ofereciam qualquer condição de privacidade. Os

usuários discorriam suas queixas muitas vezes em pé, ou diante de outros usuários também sendo atendidos simultaneamente, como já citado anteriormente.

Numa ocasião presenciamos a seguinte situação: no consultório estavam sendo atendidas duas pessoas ao mesmo tempo. Um senhor de meia idade, barba por fazer, camisa aberta mostrando o peito já grisalho, com ar de desleixo consigo próprio, junto à médica. E a outra era uma jovem mãe com seu bebê ao colo, bem-arrumada, afetuosa com seu filho, junto à enfermeira. O pequeno consultório, com janelas fechadas, porta fechada, ventilado pelo ar condicionado e por um ventilador barulhento, era pequeno e, sem divisórias. O que ali fosse dito era inevitavelmente ouvido por todos.

O senhor, que parecia, no entanto, não escutar direito, ou não entender com clareza, perguntava como a querer confirmar-se em tom cada vez mais alto: “Então, doutora, o que eu tenho é tuberculose mesmo? Deu tuberculose aí? Mas a senhora tem certeza, deu tuberculose aí mesmo? Não é pneumonia não, né, é tuberculose mesmo?”. No meio de sua fala, tossia abertamente, para todos os lados, sem levar a mão à boca como obstáculo.

A jovem mãe olhou para mim, olhou para a enfermeira e pediu licença imediatamente, dizendo que voltaria mais tarde. Abraçou sua filha como a protegê-la e saiu apressada, passando pelo senhor que tentava controlar sua tosse em meio à tentativa de explicação da médica, confirmando a tuberculose e anunciando medidas para iniciar tratamento.

Presenciamos também o atendimento a um adolescente que se queixava, constrangido, baixando a voz, não olhando no olho da médica, envergonhado diante de tanta gente dentro do consultório (havia oito pessoas da equipe e dois pacientes), queixava-se de que tinha “uma ferida aqui em baixo”, apontando para sua genitália. Imediatamente a médica pediu a retirada de todos do consultório, avisando que teria que fazer um exame na genitália dele. Saímos pensando que a essa altura toda a comunidade já sabia que ele tinha uma doença sexualmente transmissível, expondo-o desnecessariamente.

Uma digna estrutura de atendimento, zelando, no mínimo pela privacidade do usuário, é imprescindível para um trabalho com a comunidade. O que fazer diante de tanto descaso?

Restam propostas que envolvem uma discussão sobre o processo de trabalho, sobre o estabelecimento de rotinas de trabalho, sobre o uso de protocolos de atendimento, sobre o perfil profissional de cada componente da equipe, sobre a estrutura oferecida para o funcionamento adequado da equipe, sobre a viabilidade de manutenção de um PSF em regiões de grandes conflitos entre a polícia e os envolvidos com o tráfico de drogas, sobre o gerenciamento do PSF, as pactuações com o município, a condição da referência e contra-referência, o diálogo com equipamentos sociais locais, a necessidade de implantação de um processo de educação permanente.

Todas essas questões parecem ser necessárias e urgentes na valorização das ações desenvolvidas por profissionais que só continuam nessa função porque de fato parecem gostar do que realizam, uma vez que nem as condições de trabalho, nem mesmo o salário são citados como maiores atrativos diante da carga horária de 40h semanais exigidas e cumpridas por todos.

A despeito de tudo, essas médicas de família do Município do Rio de Janeiro merecem o adjetivo de abnegadas; trabalham no que acreditam, trabalham com prazer, têm um ideal maior que as move. Reafirmam sua condição de profissionais a partir do conceito utilizado na sociologia das profissões por teóricos como Friedson, Moore, Wilesnky, Larson, entre outros, para os quais a existência de um corpo esotérico de conhecimento e a orientação para um ideal de serviços são considerados como atributos inquestionáveis na definição de profissão (MACHADO, 1995). Por isso reconhecem que “ser médico de família não é para qualquer médico não, tem que gostar de gente, de comunidade, não é para qualquer um”.

O médico de família se estabelece como um sobrevivente diante da realidade que tem que aprender a lidar. Não tendo modelos ou fórmulas de condutas, descobre-se no seu cotidiano diante da comunidade, que estabelece com ele uma relação de confiança, de parceria, mas também de suspeita, incompreensão e distanciamento.

As agentes comunitárias de saúde, moradoras da comunidade local, não entendem bem o lugar que o médico de família insiste em ocupar. Assim, embora nunca tenham se negado a falar conosco durante a realização da pesquisa, as agentes comunitárias só conversavam com mais profundidade quando estávamos sozinhas, ou diante de outras agentes. Nitidamente evitavam uma conversa mais longa ou mais profunda quando na presença das médicas, enfermeiras, auxiliares de enfermagem, ou usuários. Desta forma, registramos no diário de campo:

“As duas agentes me receberam entre sorrisos, e, somente após a saída da enfermeira, me disseram sobre o trabalho das Médicas como um trabalho que precisava que se tivesse ‘muita paciência’, que ‘as médicas tinham de saber, mais do que qualquer outra coisa, era saber como fazer para ouvir as pessoas’”.

“Não entendo porque elas começam muito humanas e depois de um tempo perdem isto, deixam de fazer as visitas domiciliares, querem atender rápido todo mundo”.

“As médicas iniciam aqui ouvindo muito as pessoas, mas vão perdendo isto, vão ficando impacientes com o tempo”.

“As médicas têm que fazer consulta psicológica, têm que ir para a comunidade, sair do consultório”.

“É, por que as pessoas querem falar, às vezes nem estão doentes, só querem falar de suas vidas e as médicas não têm paciência de ouvir”.

“O médico precisa saber ouvir, porque a maior parte dos problemas das pessoas não é de doença, mas de necessidade de escuta, de carência, e as médicas vão perdendo esta capacidade de ouvir. Vão ficando impacientes. Por quê?”.

Quase um lamento, uma queixa, um abismo marcado. Illich (1975) afirmava que os médicos se apropriam da linguagem, espoliando o doente das palavras significativas que os permitem expressar uma angústia. Ou seja, não há comunicação possível condicionada a uma ausência de escuta, ou a uma negação da expressão, da fala, da palavra do outro. Clavreul (1983, p. 41) insiste, com ênfase:

“Um estilo conciso, sem vãs considerações, que se inscreve diretamente numa prática é o único que convém aos médicos. Nada os convence mais que um enunciado preciso sobre uma doença, uma indicação terapêutica, um remédio novo. Pois eles não têm tempo a perder e sempre sofrem apenas por lhes faltar um saber utilizável”.

As agentes comunitárias pedem: ouçam as pessoas, ouçam a nós mesmas, ouçam a comunidade. As médicas reconhecem: precisamos ter o atributo da escuta, precisamos saber nos comunicar, precisamos nos aproximar das pessoas que tratamos. Tipificam as habilidades relacionais como atributos essenciais e básicos para a constituição de um médico de família, valorizando-os até mesmo acima dos conhecimentos biológicos que aprenderam a não menosprezar.

Por que não conseguem colocar em prática o que dizem acreditar?

**Capítulo 7****COMPETÊNCIAS GERAIS E ESPECÍFICAS DO MÉDICO DE FAMÍLIA****COMPETÊNCIAS GERAIS E ESPECÍFICAS DO MÉDICO DE FAMÍLIA**

Iniciando as conclusões deste trabalho; respondemos nossas inquietações com a sistematização das competências gerais e específicas como produto da pesquisa realizada, como produto do que ouvimos e vimos durante o trabalho de campo. Visamos, assim, a dar visibilidade ao que pensam os médicos de família do Município do Rio de Janeiro pesquisado sobre a profissão que escolheram, viabilizando uma proposta de avaliação por competência a partir de suas demandas.

Na tentativa de organizar a observação participante, das falas expressas durante as entrevistas, em conjunto com a pesquisa bibliográfica realizada, construímos um modelo que considera a identificação dessas competências como um passo fundamental. Assim, foi a partir da identificação das competências que construímos o objetivo da profissão, resultando no desenvolvimento do mapa funcional. Reconhecemos, assim, na análise funcional, uma metodologia de escolha para a avaliação pretendida, diante da proposta de certificação por competência para o médico de família.

O trabalho com competências está sendo utilizado em vários países do mundo, a exemplo de Reino Unido, Canadá, Austrália, França e Espanha. Na América Latina iniciam-se no projeto de utilização das competências profissionais países como o Brasil, o Chile, México, Argentina, Costa Rica, Colômbia, entre outros.

No México existem três tipos de competências: *básicas* (correspondendo ao nível geral de leitura, escrita, aritmética), *gerais* ou *transversais* (trabalho em equipe, comunicação), *específicas* (competências próprias de determinado cargo ou trabalho). O sistema francês distingue dois tipos de competências: *profissionais* e *sociais* (aprender a ser).

Nos EUA, há uma Junta de Padrões Nacionais de Habilidades, conhecida como National Skills Standards Board (NSSB), que define “setores” para servirem como referência nacional, não existindo, no entanto, um sistema nacional estabelecido, como ocorre nos outros países em geral. Esses “setores” se dividem em subsetores, onde

estão as profissões. A NSSB indica competências para o “setor” chamadas de “competências gerais”, competências para a “concentração”, chamadas “competências de concentração” e competências para o cargo, chamadas “competências específicas”. Como os padrões são elaborados pelas empresas em geral, a missão da NSSB se resume em oferecer o apoio técnico e metodológico com vistas a diminuir a quantidade excessiva de títulos e programas de estudos (SENAC, 2004).

Assim, o trabalho com competências tem por objetivo, no mundo todo, dar maior transparência às relações entre a oferta e a procura profissional, tornar mais efetivos os programas de capacitação profissional e facilitar o deslocamento e o intercâmbio dos trabalhadores. Esses objetivos estão sendo apoiados por organismos mundiais, como a Organização Internacional do Trabalho (OIT), a partir de seu Centro Interamericano de Pesquisa e Documentação sobre a Formação Profissional (CINTERFOR/OIT), Organização Pan-americana da Saúde (OPS/OMS), Banco Interamericano de Desenvolvimento e Banco Mundial (CINTERFOR, 2005; OPS, 2005).

As competências profissionais trabalham na linha de relacionar o sistema educativo com o produtivo em resposta a globalização da economia e a necessidade de alcançar o crescimento econômico, mas, esta não é uma discussão que possa ser reduzida apenas a essas razões. A busca de equidade (igualdade de oportunidades) e de cidadania (transmissão de valores e formação para a democracia), na medida em que as competências apontam para além da educação formal, incluindo a educação profissional, facilitando as necessidades das pessoas, das organizações e da sociedade, também estão em pauta.

Retornando à área da saúde no Brasil, e aceitando as mudanças no mundo do trabalho contemporâneo, onde a empregabilidade tem sido foco inevitável, temos que este é um setor muito sensível ao investimento público e, em consequência, às diretrizes econômicas gerais.

Os empregos formais no mundo todo estão diminuindo; o desemprego tem sido cotado como um problema estrutural e permanente; a baixa ou nenhuma proteção social vem aumentando. Assim, a gestão do trabalho na saúde terá que enfrentar novos desafios, como: tendência à redução do emprego público, necessidade de adaptar, modernizar e simplificar a administração de pessoal, competência na gestão de recursos financeiros e de pessoal, desenvolvimento de educação permanente em serviço, gestão de qualidade e produtividade, coexistência de diferentes regimes de

trabalho para categorias profissionais similares (SENAC, 2004; CINTERFOR, 2005; (OPS, 2005).

Sendo um dos caminhos para enfrentar esses desafios, as competências profissionais sinalizam afirmativamente para as muitas e variadas mudanças que se produzem na saúde e na educação. Uma das estratégias propostas é a implementação de Educação Permanente do Pessoal da Saúde (EPS), que, segundo a Organização Pan-americana de Saúde (OPS) indica ser

“uma estratégia para reorientar a educação profissional dos trabalhadores da Saúde, como um processo permanente, de natureza participativa, no qual a aprendizagem se produz em torno de um eixo central, constituído pelo trabalho habitual desenvolvido nos serviços de Saúde” (OPS, 2005, p. 12).

Tal definição tem evidentes semelhanças com o conceito do Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS, implementado pelo governo brasileiro em substituição ao Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família, em consonância com o que tem sido proposto por organismos internacionais.

Mas, de qualquer maneira, considerando como um ganho educar-se mais, para além da necessidade de trabalho em si, no sentido de que a educação amplia a visão de mundo, de direitos e deveres, encontrando-se com a noção de aumento da cidadania, a dimensão do desenvolvimento de competências profissionais no foco da educação permanente, se não é uma saída para a empregabilidade, é ao menos um esforço de transformação desse trabalhador para um mundo com exigências presentes como as consideradas acima.

Educar para o desemprego, educar para lidar com pouco bem-estar social, educar para ter instrumentos de adaptação a um mercado de economia globalizante e gerador de desigualdades infelizmente, aparentemente, insuperáveis no contexto histórico atual de nosso país?

Algo de perverso, algo de sinistro, o fato é que a área da saúde em geral, e os médicos, em particular, majoritariamente ainda empregados no setor público brasileiro, vêm já 50% de sua renda advinda do setor privado (CFM, 2004). Ou seja, são profissionais que, embora ainda tenham emprego, geralmente formal e público, necessariamente subjugando-os às políticas públicas que definem as condições de trabalho oferecidas à população que atendem, vem necessitando, cada vez mais,

comprometer-se com os interesses das empresas privadas, de onde retiram já metade da renda que ganham. Talvez discutir competências profissionais não seja apenas seguir a cartilha de organismos internacionais, mas instrumentalizar-se para uma mudança palpável e atual no mundo do trabalho, que certamente já vem atingindo os médicos.

Mas, retomando nossa discussão, no Brasil, as competências profissionais utilizam uma tipologia definida pelo Ministério da Educação, segundo o parágrafo único do artigo 6º da Resolução CNE/CEB nº 04/99, a partir do seguinte:

- I. Competências Básicas, constituídas no ensino fundamental e médio;
- II. Competências Profissionais Gerais, comuns aos técnicos de cada área;
- III. Competências Profissionais Específicas de cada qualificação ou habilitação.

Trabalhamos em nossa pesquisa com esta tipologia, identificando as competências gerais e as específicas, determinadas, então, a partir das entrevistas e da observação participante realizada com os médicos de família do Município do Rio de Janeiro.

As competências gerais caracterizam-se por assumirem um caráter não apenas técnico, mas também um caráter pessoal e social, adquirindo a característica de possuírem uma base muito ampla, que favorece a autonomia, a abordagem sintética dos problemas e a adaptabilidade enquanto envolvida com a comunicação.

Não se trata de falar o que todo trabalhador deve saber, saber fazer ou saber ser, mesmo porque isto daria uma lista interminável de características comuns. O que importa de fato é saber diferenciar, saber identificar o tipo de valor de um dado trabalhador para um dado tipo de trabalho específico.

No sentido de definir as etapas de construção das competências, após a definição do objetivo-chave, iniciamos um processo de decomposição sucessiva, no qual cada resposta indica uma função que contribuiria para o alcance desse objetivo-chave. Assim procedemos à definição das competências gerais e específicas para os médicos de família do Município do Rio de Janeiro pesquisados, descritas a seguir.

É relevante frisar que a construção dessas competências gerais e específicas abrangeu a produção já existente sobre o assunto, considerando a relação de competências requeridas para a área da saúde (SENAC, 2004) e a produção

consensualizada pelo WONCA Europa (2004), além da coleta de dados advindas desta pesquisa.

Argumentamos, também, que a listagem abaixo serviria, entre outras coisas, para demarcar o que o médico de família não precisa necessariamente saber ou fazer, o que facilita, por exemplo, o diálogo com as especialidades médicas.

Na construção das competências dos médicos de família, a inclusão de aspectos parcialmente subjetivos e individualizados, necessariamente considerados, refletem uma mobilização de recursos cognitivos e afetivos dos indivíduos, sinalizando para um modelo que deverá estar ciente de seus limites de aplicação.

### **Objetivo da Profissão do Médico de Família:**

- Realizar ações de assistência, promoção, prevenção e reabilitação aos indivíduos e famílias de uma comunidade na área de abrangência do PSF, independentemente de critérios de escolha a partir de idade, sexo, gênero, patologia ou problema, colaborando para o estabelecimento e manutenção de uma relação médico-paciente baseada no vínculo positivo, no estímulo à autonomia do paciente, na direção das necessidades de saúde das pessoas, utilizando-se da estratégia do trabalho em equipe como premissa.

### **Competências Gerais dos Médicos de Família do Município do Rio de Janeiro pesquisados**

- Planejar e organizar o trabalho na perspectiva de uma abordagem abrangente, a partir de um modelo biopsicossocial, considerando as características culturais e existenciais das pessoas dentro de uma modelação holística.
- Realizar a gestão do trabalho na atenção básica.
- Realizar consulta baseada nos princípios da medicina de família e comunidade.
- Atuar a partir das necessidades de saúde dos indivíduos, das famílias e da comunidade em geral, proporcionando cuidados continuados e centrados nas pessoas.

- Realizar trabalho em equipe, correlacionando conhecimentos, habilidades e valores de várias disciplinas, ciências ou experiências de vida, tendo em vista o caráter interdisciplinar da área.
- Participar de programas de educação permanente junto à equipe, considerando as informações obtidas nos projetos de trabalhos comuns e na avaliação da equipe sobre o processo de trabalho, adotando iniciativas que reduzam os impactos de saúde negativos.
- Atuar em conformidade com a estrutura e organização do sistema de saúde vigente.
- Coletar e organizar dados relativos ao campo de atuação, zelando por uma orientação comunitária.
- Identificar e avaliar rotinas, protocolos de trabalho, instalações e equipamentos.
- Registrar em prontuário todas as ações e serviços prestados.

### **Competências Específicas do Médico de Família do Município do Rio de Janeiro pesquisado:**

Na metodologia adotada, para se determinar as competências tanto gerais quanto específicas, desmembra-se a função determinada até que se esgote a pergunta: “o que se deve fazer para alcançar este objetivo?”, de maneira a ir-se configurando o chamado Mapa Funcional, exposto adiante. Quando se esgota essa pergunta e se encontra uma função que possa ser realizada por uma pessoa, é possível dizer que se encontrou uma competência, uma vez que se identificou uma função atribuível a uma ocupação.

Desta forma, “como a função define um desempenho profissional, uma competência terá sido identificada. A análise funcional termina quando se identificam os desempenhos alcançáveis por uma pessoa” (CINTERFOR, 2005, p. 117).

Dialogando com as competências específicas, temos que os médicos de família integram uma equipe cuja atividade principal está relacionada às ações na atenção básica; na qual o acolhimento integral e humanizado ao usuário representa uma atuação a favor da qualidade de vida deste, a partir da prática de assistência, promoção, prevenção e reabilitação à saúde. Sua formação compreende a abordagem

de questões técnicas, éticas e de relações humanas, respeitando os direitos do cidadão, sua autonomia e inter-relação com a sociedade. Sendo suas atividades desempenhadas em unidades de saúde da família, nos domicílios, em visitas hospitalares e em equipamentos sociais da comunidade em geral, abrange as seguintes **Competências Específicas**:

- Interpretar e aplicar normas do exercício profissional e princípios éticos que regem a conduta do médico.
- Acolher os usuários, lidando com problemas não pré-selecionados, a partir de cada fase do ciclo vital humano, estabelecendo um vínculo positivo como parâmetro de qualidade para uma adequada relação médico-paciente.
- Coordenar e gerir toda a gama de problemas de saúde, valorizando o enfoque do olhar ampliado para o campo da saúde.
- Elaborar, em conjunto com a equipe, planejamento à saúde, em escala macro e micro, relacionando de maneira global e integrada, os principais problemas constituídos, identificando condições de equilíbrio possíveis, a partir do desenvolvimento de aptidões específicas de resolução de problemas.
- Atuar a partir da identificação de fatores estruturais e operacionais que dificultam ou impossibilitam o funcionamento eficaz do sistema de referência e contra-referência, contribuindo para a melhoria do sistema local de saúde.
- Coordenar os cuidados prestados por médicos especialistas e por outros profissionais da área da saúde.
- Mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes sobre o processo saúde-doença, a partir do diagnóstico clínico, laboratorial e de imagem, numa abordagem centrada na pessoa.
- Mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes sobre o processo saúde-doença, a partir da proposta de um plano terapêutico, numa abordagem centrada na pessoa.
- Instituir parcerias com equipamentos sociais, numa gestão contínua e coordenada dos cuidados prestados.
- Relacionar tomadas de decisão com a incidência e prevalência de doenças e problemas identificados na comunidade, utilizando-se do planejamento de ações pactuadas com a equipe e com os usuários.
- Utilizar-se do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) para prestar informações à equipe e aos usuários sobre os serviços que tenham sido prestados.
- Colher e interpretar seletivamente informação a partir da história, do exame objetivo, dos exames complementares e do relato das agentes comunitárias de saúde, aplicando-os a um plano de ação apropriado, em colaboração com o paciente e com a equipe.
- Adotar princípios de trabalho apropriados, como por exemplo, um olhar humanitário para as pessoas que acompanha, facilidade de

estabelecer relacionamento interpessoal, no sentido da predisposição à instituição de vínculo com os usuários, do gerenciamento de conflitos psicológicos e familiares, a utilização do tempo como ferramenta, a tolerância da incerteza.

- Reconhecer quando os valores e os preconceitos pessoais com respeito a temas éticos, sociais, culturais, religiosos e étnicos podem afetar ou interferir com o tratamento que se fornece aos usuários.
- Gerir simultaneamente múltiplas queixas e patologias, incluindo tanto os problemas agudos como os problemas crônicos do indivíduo.
- Mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes advindas necessariamente da clínica médica, pediatria, ginecologia, obstetrícia e saúde coletiva, em consonância com conceitos gerais de psicologia e sociologia, gerando uma relação médico-paciente empática e promotora da autonomia do usuário.
- Pactuar entre a equipe e os usuários, as necessidades de cuidados contínuos das pessoas, a partir de uma gestão continuada.
- Garantir transparência de ações e decisões médicas, privilegiando a autonomia do indivíduo e/ou família atendidos e o diálogo com a equipe.
- Participar do processo de trabalho da equipe de maneira a preservar os princípios da prática em saúde da família.
- Administrar os conflitos individuais e coletivos no ambiente de trabalho em conjunto com a equipe.
- Incentivar a realização de reuniões de equipe para ajustes no processo de trabalho.
- Cumprir e estimular o cumprimento de normas sanitárias estabelecidas pela legislação sanitária vigente.
- Participar do processo de cadastramento / recadastramento da área adscrita, refletindo com a equipe e com o município sobre o número máximo de pessoas cadastradas, evitando excessos e a conseqüente descontinuidade da atenção integral à saúde.
- Participar de reuniões com as gerências de unidades de saúde locais, junto ao município, com vistas a articular um fluxo eficaz no funcionamento do sistema de referência e contra-referência.
- Participar e estimular encontros que possibilitem a divulgação sobre a metodologia de trabalho do médico de família junto à comunidade em geral, junto à comunidade médica e profissionais da área da saúde como um todo.
- Organizar a rotina de trabalho semanal, de maneira a distribuir o tempo entre atividades de atendimento médico no consultório, visitas domiciliares, atividades de educação em saúde, reuniões comunitárias, educação permanente, visitas à equipamentos sociais locais, idas à Secretaria Municipal de Saúde, entre outros.
- Zelar pelo uso e conservação de equipamentos.
- Avaliar, em conjunto com a equipe e com a Secretaria Municipal de Saúde, a adequação das instalações.

- Realizar visitas domiciliares a partir das necessidades de saúde das pessoas, além da prioridade no trabalho de vigilância à saúde.
- Realizar atividades de educação em saúde que resultem na promoção e prevenção da saúde da comunidade, a partir de critérios epidemiológicos e das necessidades de saúde das pessoas.
- Priorizar o agendamento de consultas para atendimento médico segundo critérios do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB).
- Reservar, diariamente, horário na agenda de trabalho para atendimento de demanda espontânea.
- Encaminhar, sempre que necessário, as pessoas atendidas para outro nível de complexidade do sistema de saúde, ou outros equipamentos sociais, a partir do esgotamento dos limites de ação médica, a exemplo das situações de violência e os drogadictos.
- Preencher e anotar no prontuário as ações realizadas: no ambulatório, em visitas domiciliares, visitas hospitalares, equipamentos sociais, de acordo com exigências do campo de atuação.
- Utilizar rotinas e protocolos de condutas médicas fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde para acompanhamento dos usuários.
- Reconhecer a necessidade de privacidade e confidencialidade no trato das informações obtidas.
- Avaliar a importância da sensibilidade para adaptar as informações e os serviços à cultura, aos níveis de conhecimento e de linguagem dos usuários.
- Atuar como porta-vozes de assuntos que afetem os direitos dos usuários na tomada de decisões e na autogestão das questões relacionadas à sua saúde.
- Incentivar a operacionalização de reuniões de educação permanente junto à equipe.
- Intervir de forma urgente sempre que necessário,
- Utilizar recursos e ferramentas de informática específicos da área.

Entendemos que as *competências específicas* identificam o tipo de valor que deve ter o trabalhador, sintonizando não com a originalidade em si de cada competência, mas com a combinação delas, fortalecendo a identidade e as prioridades que devem ser dadas no sentido do trabalho pessoal bem feito e do impacto social deste trabalho.

Com objetivo de sistematizar as competências determinadas, construímos o *mapa funcional*, que organiza tanto o objetivo da profissão de médico de família, quanto suas competências gerais e específicas, possibilitando assim, a realização da certificação.

**QUADRO 7:** Mapa Funcional do Médico de Família do Município do Rio de Janeiro pesquisado, 2005.

<b>Objetivo da Profissão</b>	
<p>Realizar ações de assistência, promoção, prevenção e reabilitação aos indivíduos e famílias de uma Comunidade na área de abrangência do PSF, independentemente de critérios de escolha a partir de idade, sexo, gênero, patologia ou problema, colaborando para o estabelecimento e manutenção de uma relação médico-paciente baseada no vínculo positivo, no estímulo à autonomia do paciente, na direção das necessidades de saúde das pessoas, utilizando-se da estratégia do trabalho em equipe como premissa.</p>	
<b>Competências Gerais</b>	<b>Competências Específicas</b>
<p>1. Planejar e organizar o trabalho na perspectiva de uma abordagem abrangente, a partir de um modelo biopsicossocial, considerando as características culturais e existenciais das pessoas dentro de uma modelação holística.</p>	<p>1.1. Coordenar e gerir toda a gama de problemas de saúde, valorizando o enfoque do olhar ampliado para o campo da saúde;</p> <p>1.2. Adotar princípios de trabalho apropriados, como por exemplo: um olhar humanitário para as pessoas que acompanha, facilidade de estabelecer relacionamento interpessoal no sentido da predisposição ao vínculo com os usuários, do gerenciamento de conflitos psicológicos e familiares, a utilização do tempo como ferramenta, a tolerância da incerteza;</p> <p>1.3. Atuar como porta-vozes de assuntos que afetem os direitos dos usuários na tomada de decisões e na autogestão das questões relacionadas à sua saúde;</p> <p>1.4. Reconhecer quando os valores e os preconceitos pessoais com respeito a temas éticos, sociais, culturais, religiosos e étnicos podem afetar ou interferir com o tratamento que se fornece aos usuários.</p>
<b>Competências Gerais</b>	<b>Competências Específicas</b>
<p>2. Realizar a gestão do trabalho na Atenção Básica.</p>	<p>2.1. Priorizar o agendamento de consultas para atendimento médico segundo critérios do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB);</p> <p>2.2. Reservar, diariamente, horário na agenda de trabalho para atendimento de demanda espontânea;</p> <p>2.3. Encaminhar, sempre que necessário, as pessoas atendidas para outro nível de complexidade do sistema de saúde, ou outros equipamentos sociais; a partir do esgotamento dos limites de ação médica, a exemplo das situações de violência e os drogadictos;</p> <p>2.4. Realizar visitas domiciliares a partir das necessidades de saúde das pessoas, além da prioridade no trabalho de vigilância à saúde;</p> <p>2.5. Realizar atividades de educação em saúde que resultem na promoção e prevenção da saúde da comunidade, a partir de critérios epidemiológicos e das necessidade de saúde das pessoas.</p>

<b>Competências Gerais</b>	<b>Competências Específicas</b>
<p>3. Realizar consulta baseada nos princípios da Medicina de Família e Comunidade.</p>	<p>3.1. Acolher os usuários, lidando com problemas não pré-selecionados, a partir de cada fase do ciclo vital humano, estabelecendo um vínculo positivo como parâmetro de qualidade para uma adequada relação médico-paciente;</p> <p>3.2. Mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes advindas necessariamente da Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia, Obstetrícia e Saúde Coletiva, em consonância com conceitos gerais de Psicologia e Sociologia, gerando uma relação médico-paciente empática e eficiente em promover a autonomia do usuário;</p> <p>3.3. Mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes sobre o processo saúde-doença, a partir do diagnóstico clínico, laboratorial e de imagem, numa abordagem centrada na pessoa;</p> <p>3.4. Mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes sobre o processo saúde-doença, a partir da proposta de um plano terapêutico, numa abordagem centrada na pessoa;</p> <p>3.5. Gerir simultaneamente múltiplas queixas e patologias, incluindo tanto os problemas agudos como os problemas crônicos dos indivíduos;</p> <p>3.6. Intervir de forma urgente sempre que necessário.</p>
<b>Competências Gerais</b>	<b>Competências Específicas</b>
<p>4. Atuar a partir das necessidades de saúde dos indivíduos, das famílias e da Comunidade em geral, proporcionando cuidados continuados e centrados nas pessoas.</p>	<p>4.1. Pactuar entre a equipe e os usuários, as necessidades de cuidados contínuos das pessoas, a partir de uma gestão continuada;</p> <p>4.2. Reconhecer a necessidade de privacidade e confidencialidade no trato das informações obtidas;</p> <p>4.3. Avaliar a importância da sensibilidade para adaptar as informações e os serviços à cultura, aos níveis de conhecimento e de linguagem dos usuários.</p>
<b>Competências Gerais</b>	<b>Competências Específicas</b>
<p>5. Atuar em equipe, correlacionando conhecimentos, habilidades e valores de várias disciplinas, ciências ou experiências de vida, tendo em vista o caráter interdisciplinar da área.</p>	<p>5.1. Elaborar, em conjunto com a equipe, planejamento à saúde, em escala macro e micro, relacionando de maneira global e integrada, os principais problemas constituídos, identificando condições de equilíbrio possíveis, a partir do desenvolvimento de aptidões específicas de resolução de problemas;</p> <p>5.2. Garantir transparência de ações e decisões médicas, privilegiando a autonomia do indivíduo e/ou família atendidos e o diálogo com a equipe;</p> <p>5.3. Utilizar-se do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) para prestar informações à equipe e aos usuários sobre os serviços que tenham sido prestados;</p> <p>5.4. Instituir parcerias com equipamentos sociais, numa gestão contínua e coordenada dos cuidados prestados.</p>

<b>Competências Gerais</b>	<b>Competências Específicas</b>
6. Participar de Programas de Educação Permanente junto à equipe, considerando as informações obtidas nos projetos de trabalhos comuns e na avaliação da equipe sobre o processo de trabalho, adotando iniciativas que reduzam os impactos de saúde negativos.	<p>6.1. Incentivar a operacionalização de reuniões de Educação Permanente junto à equipe;</p> <p>6.2. Participar do processo de trabalho da equipe de maneira a preservar os princípios da prática em Saúde da Família;</p> <p>6.3. Participar e estimular encontros que possibilitem a divulgação sobre a metodologia de trabalho do Médico de Família, junto à Comunidade em geral, junto à comunidade médica e profissionais da área da saúde como um todo;</p> <p>6.4. Administrar os conflitos individuais e coletivos no ambiente de trabalho em conjunto com a equipe;</p> <p>6.5. Incentivar a realização de reuniões de equipe para ajustes no processo de trabalho.</p>
<b>Competências Gerais</b>	<b>Competências Específicas</b>
7. Atuar em conformidade com a estrutura e organização do sistema de Saúde vigente.	<p>7.1. Coordenar os cuidados prestados por médicos especialistas e por outros profissionais da área da saúde;</p> <p>7.2. Identificar fatores estruturais e operacionais que dificultam ou impossibilitam o devido funcionamento do sistema de referência e contra-referência, contribuindo para a melhoria do sistema local de saúde;</p> <p>7.3. Participar de reuniões com as gerências de Unidades de Saúde locais, junto ao Município, com vistas a articular um fluxo eficaz no funcionamento do sistema de referência/contra-referência.</p>
<b>Competências Gerais</b>	<b>Competências Específicas</b>
8. Coletar e organizar dados relativos ao campo de atuação, zelando por uma orientação comunitária.	<p>8.1. Relacionar tomadas de decisão com a incidência e prevalência de doenças e problemas identificados na Comunidade, utilizando-se do planejamento de ações pactuadas com a equipe e com os usuários;</p> <p>8.2. Utilizar recursos e ferramentas de informática específicos da área.</p>
<b>Competências Gerais</b>	<b>Competências Específicas</b>
9. Identificar e avaliar rotinas, protocolos de trabalho, instalações e equipamentos.	<p>9.1. Cumprir e estimular o cumprimento de normas sanitárias estabelecidas pela legislação sanitária vigente;</p> <p>9.2. Organizar rotina de trabalho semanal, de maneira a distribuir o tempo entre atividades de atendimento médico no consultório, visitas domiciliares, atividades de educação em saúde, reuniões comunitárias, educação permanente, visitas à equipamentos sociais locais, idas à Secretaria Municipal de Saúde, entre outros;</p> <p>9.3. Participar do processo de cadastramento/recadastramento da área adscrita, refletindo com a equipe e com o Município sobre o número máximo de pessoas cadastradas, evitando excessos e a conseqüente descontinuidade da atenção integral à saúde;</p> <p>9.4. Utilizar rotinas e protocolos de condutas médicas fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde para acompanhamento dos usuários;</p> <p>9.5. Zelar pelo uso e conservação de equipamentos;</p> <p>9.6. Avaliar, em conjunto com a equipe e a Secretaria Municipal de Saúde, a adequação das instalações.</p>

<b>Competências Gerais</b>	<b>Competências Específicas</b>
10. Registrar em prontuário todas as ações e serviços prestados.	10.1. Preencher e anotar no prontuário as ações realizadas: no ambulatório, em visitas domiciliares, visitas hospitalares, equipamentos sociais, de acordo com exigências do campo de atuação; 10.2. Colher e interpretar seletivamente informação a partir da história, do exame objetivo, dos exames complementares e do relato das Agentes Comunitárias de Saúde, aplicando-os a um plano de ação apropriado, em colaboração com o paciente e com a equipe.

A *análise funcional* busca obter uma visão sistêmica do trabalho, o qual analisa a partir do objetivo principal e decompõe as funções necessárias, construindo o *mapa funcional* como etapa de trabalho essencial para a sistematização da certificação por competência.

O *mapa funcional*, assim, é uma ferramenta da análise sobre a profissão. Propicia o estabelecimento da norma de competência, etapa prévia da construção de uma guia de avaliação, viabilizando, enfim, que o avaliador exerça sua função.

No modelo de *mapa funcional* aqui proposto, sendo também fruto da escuta direta dos médicos de família pesquisados, aparece a idéia de um modelo biopsicossocial reconhecido por esse grupo como base da profissão.

#### **BASES DA PROPOSTA DE CERTIFICAÇÃO POR COMPETÊNCIA**

Na sociedade atual, atribui-se, para certificar, um grau máximo ao conhecimento, reconhecido de maneira magistral pela academia, que, via de regra, avalia unicamente essa competência. O que propomos aqui é a utilização de um outro indicador do potencial do trabalhador, no caso, do médico de família: a certificação por competência; justificada pelo fato de que é uma estratégia que confere um valor de crédito ao que o trabalhador mobiliza como conhecimentos, habilidades e atitudes, de maneira eficiente, nas atividades profissionais que desenvolve.

Como citado anteriormente, para a certificação por competência a existência de uma norma legitimada é essencial. Uma norma que serve como parâmetro, não no sentido de uniformidade ou para homogeneizar as pessoas, mas sim no sentido de identificação de elementos comuns característicos, de referência e comparação para avaliar o que o trabalhador é capaz de fazer (MERTENS, 1996).

A norma de competência especifica o que o trabalhador deve alcançar (unidades e elementos de competência, ou competência geral e competência específica), a qualidade com que o faz (critérios de desempenho) e a forma de avaliar se isso foi bem realizado (evidências de desempenho).

Como etapa preliminar à construção da norma de competência, que usualmente deve ser renovada em períodos que oscilam entre três a cinco anos, é necessária a construção do *mapa funcional*, que pressupõe a prévia identificação das competências, como visto anteriormente.

A norma de competência depende, portanto de uma descrição ocupacional, mas vai mais além, pois deve ser o resultado da pactuação entre trabalhadores, empregadores e instituições educacionais; do contrário não terá sustentação, não terá legitimidade e nem aceitação formal dos atores envolvidos. Deve ser, portanto, uma referência acordada por todos os interessados e divulgada amplamente para que tenha respaldo como descrição normatizada e servir de parâmetro para a formação, avaliação e certificação de competências.

A norma de competência compõe-se a partir da construção de critérios e evidências de desempenho. Mas, ao discutirmos a construção dos critérios e indicadores de qualidade, é fundamental considerarmos a criação de parâmetros de desempenho realmente relevantes para a competência em análise, sem perder a dimensão da operacionalização da avaliação desses critérios.

“Critério define o que se julga poder esperar legitimamente do objeto avaliado. É por meio dos critérios, que se pode realizar a “leitura” do objeto [...]. Já os indicadores são evidências utilizadas para decidir se uma pessoa atendeu ou não aos critérios [...]. Contudo, é preciso ressaltar que o significado não está contido no indicador, e sim na interpretação do avaliador” (DEPRESBITERIS, 2001, p. 31).

Um cuidado deve ser tomado nesta fase: divulgar previamente e com clareza todos os critérios a que o candidato irá submeter-se, de maneira a favorecer um espaço de negociação e diálogo e não de competição. Numa proposta dessa natureza, é altamente recomendável que o candidato receba com antecedência de pelo menos dois meses todos os critérios e etapas a serem percorridos para a realização da certificação, com total transparência de processos.

Seguindo os parâmetros da LDB, os critérios de competências aqui definidos seriam categorizados como critérios de avaliação de conhecimentos (conhecimentos),

de avaliação da execução do trabalho (habilidades), e relacionados à avaliação de atitudes (valores).

Das etapas gerais necessárias para utilização da *norma de competência*, consideramos importante ressaltar os critérios e evidências de desempenho, descritos a partir das competências específicas. Os critérios de desempenho incluem alguns conceitos característicos do desempenho em geral, quais sejam: o campo de aplicação, as evidências de desempenho, as evidências de conhecimento e a guia para avaliação.

O campo de aplicação, como o próprio nome diz, descreve o ambiente, o equipamento, as relações interpessoais e todos os outros aspectos onde se desenvolve o desempenho.

As evidências de desempenho são a demonstração da competência onde se pode determinar se o desempenho foi alcançado ou não. Podem ser verificadas através da observação direta no próprio ambiente de trabalho, ou através dos produtos concretos, caracterizando uma evidência indireta do desempenho procurado.

As evidências de conhecimento são os conhecimentos e níveis de compreensão mobilizados para desempenhar aquele trabalho, tornando-se assim um complemento das evidências de desempenho.

E a guia para a avaliação, composta pela reunião das próprias evidências de desempenho, é formatada a partir de breves indicações que facilitam os avaliadores no trabalho de coleta das evidências de desempenho.

Na *análise funcional*, após a identificação das competências, da construção do *mapa funcional* e do estabelecimento da *norma de competência*, deve-se proceder, enfim, à *avaliação por competência*, pormenorizada, contemplando os preceitos considerados por Hernandez (1998), quais sejam: diagnóstica inicial, formativa e recapitulativa.

#### **UMA PROPOSTA APLICÁVEL**

Imaginando um suposto candidato à certificação por competência e considerando critérios de acesso, atribuímos que poderiam ser certificados todos os médicos, que se submetessem a uma pré-seleção, por uma entidade reconhecida

como certificadora pela Associação Médica Brasileira (AMB), Conselho Federal de Medicina (CFM) e Ministério da Educação (MEC).

Como a certificação por competência deve comprometer-se com o mundo do trabalho, cumprindo o proposto pela LDB ao afirmar que “a educação profissional, integrada às diferentes formas de educação, ao trabalho, à ciência e à tecnologia, conduz ao permanente desenvolvimento de aptidões para a vida produtiva” (LDB, Cap. III, Art.39, 1996), deveremos considerar que a “perícia supõe também atitudes e posturas mentais, curiosidade, paixão, busca de significado, desejo de tecer laços, relação com o tempo, maneira de unir intuição e razão, cautela e audácia, que nascem tanto da formação como da experiência” (PERRENOUD, 1999, p. 9).

Importam assim as implicações, as aplicabilidades na vida profissional daquilo que se aprendeu num processo constante de aprender. O conceito de educação permanente utilizado pelo Ministério da Saúde está proposto nessas bases, a partir da idéia de que o ensinar e o aprender em todas as áreas, mas especificamente na saúde, façam parte de um processo constante de construção do saber que deve ser compartilhado por todos os que estão envolvidos com o SUS, do motorista ao diretor da unidade, do usuário ao doutor, da recepcionista à enfermeira.

No entanto, o primeiro passo que identificaria o início de um processo de avaliação por competência seria o de diagnóstico das competências do candidato, onde este passaria por uma fase de apresentação e em seguida pela avaliação das suas competências propriamente ditas.

A primeira fase de apresentação poderia ser realizada através da entrega de uma documentação preparada que explicitasse conhecimentos, habilidades e atitudes já adquiridas por meio de cursos ou na vivência concreta de trabalho. Os instrumentos de avaliação da trajetória profissional desse candidato poderiam incluir, assim, uma análise do currículo e entrevistas orais, iniciando o que chamaremos de uma pré-seleção.

Na pré-seleção poderíamos dispor, além da análise do currículo e de entrevistas orais, de uma prova escrita e de uma prova prática ou vivencial como etapas imprescindíveis para o diagnóstico das competências de nosso candidato.

**QUADRO 8:** Avaliação por competência: composição da etapa de pré-seleção

Pré-seleção	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. análise curricular</li> <li>2. entrevistas orais</li> <li>3. prova escrita</li> <li>4. prova prática ou vivencial</li> </ol>
-------------	--

Nossa proposta objetiva uma análise comparativa entre o conjunto de saberes do candidato e as competências já determinadas e acordadas previamente pela instituição certificadora, através da *norma de competência*.

Se nosso candidato atender aos padrões desejados, poderia iniciar a etapa do *processo de avaliação*. Caso contrário, a ele deveriam ser indicadas as competências que precisam ser desenvolvidas, incluindo-se as possíveis ações de recuperação, de maneira que vislumbre novas oportunidades de certificação.

É importante frisar que, no processo de avaliação, nosso candidato deve passar por diferentes técnicas e instrumentos de avaliação, de modo a ser avaliado da maneira mais ampla possível (EPSTEIN, 2002). Por exemplo, após a etapa de pré-seleção, já diante do processo de avaliação propriamente dito, é desejável a inclusão de um componente de estudo de caso onde o candidato responderá a questões por escrito, a partir da problematização de situações reais. E um componente de observação do desempenho do trabalho, através, por exemplo, da simulação de um atendimento em medicina de família, que poderá ser filmado para avaliação diante de uma banca de observadores; como ocorre no modelo da Grã-Bretanha e dos EUA (BESSA; PENAFORTE, 2002).

“Em relação às avaliações simuladas orais da prática profissional, o exame objetivo e estruturado do desempenho clínico e as avaliações com pacientes simulados são os mais importantes instrumentos disponíveis” (LIMA, 2004, p. 131). Assim, a simulação de atendimento serve ao propósito de verificar os critérios de competências previstos, já que exige a articulação de conhecimentos diversos com a ação em si, com o fazer concreto na resolução dos problemas apresentados, mobilizando conhecimentos, habilidades e valores prévios à experiência proposta na avaliação.

Há uma tendência atual em utilizar-se de pacientes simulados em detrimento de pacientes reais, devido principalmente às questões éticas, à necessidade de trabalhar

com o erro no processo de educação médica e à organização da atividade como um todo, conferindo confiabilidade ao teste (LIMA, 2004).

O estudo ou análise de caso é uma técnica que envolve a articulação de conhecimentos na descrição e prescrição do caso. Baseia-se na idéia de que os casos são desencadeadores de um processo de pensar que envolve a dúvida, o levantamento e comprovação de hipótese, o pensamento inferencial, o pensamento divergente, etc. As etapas necessárias à aplicação da análise de caso, envolvem:

- análise de um caso descrito ou dramatizado em vídeo;
- descrição dos problemas apresentados pelo usuário;
- análise do caso em suas múltiplas variáveis;
- prescrição, para o caso, de uma estratégia de atendimento reconhecendo como a situação deveria ter sido feita.

No processo de avaliação poderíamos utilizar também provas, que seriam compostas por uma parte com conteúdos específicos das competências e outra parte com habilidades de resolver problemas sobre situações concretas de trabalho.

O portfólio é também um instrumento de avaliação útil, uma vez que compreende a compilação de todos os trabalhos realizados, a história profissional, depoimentos, casos interessantes, dados de visitas técnicas, relatórios, projetos, ensaios auto-reflexivos, – enfim, como a experiência de trabalho ou os cursos que fez modificaram a vida do candidato. É um instrumento construído pela pessoa, com a finalidade de servir de apoio para uma auto-avaliação em termos de seu trabalho, traçando referenciais que reflitam para a melhoria do desempenho.

Dessa maneira poderia haver uma avaliação do desempenho do candidato com indicações e sugestões de melhoria, a partir dos critérios não alcançados (DEPRESBITERIS, 2001, p. 34).

**QUADRO 9:** Avaliação por competência: composição da etapa de Processo de Avaliação

Processo de Avaliação	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estudo de Caso por escrito</li> <li>2. Observação do desempenho (simulação)</li> <li>3. Provas</li> <li>4. Portfólio</li> </ol>
-----------------------	---

Considerando o aspecto da prática do médico de família, devem ser avaliadas condições que possam estar identificadas e definidas, devendo estas estar associadas ao itinerário profissional e permitir promover uma seleção de situações de aprendizagem previstas, através de situações-problema, nas quais o médico a se certificar possa envolver-se com a tarefa proposta na tentativa de superá-la.

Assim, especificando a sistematização dos instrumentos de avaliação por competência dos médicos de família do Município do Rio de Janeiro, propomos a utilização de:

- *Análise de currículo*: serve para valorizar a trajetória pessoal.
- *Pontuação para atualizações realizadas através de cursos, capacitações, seminários e congressos em geral*: serve na determinação da capacidade de se atualizar, de aprender a aprender, de buscar conhecimentos, habilidades e atitudes.
- *Pontuação para realização de educação permanente no aprimoramento em serviço*: serve para determinar a capacidade de aprender a aprender do candidato, em conjunto com a equipe.
- *Envio de relatório com relato de experiência de todas as atividades realizadas pelo médico de família*: serve para valorizar sua capacidade de escrita e de entendimento da metodologia de trabalho na saúde da família.
- *Envio de relatório com análise das condições locais de saúde da comunidade em que trabalha, identificando características epidemiológicas e sociais, estratégias de intervenção e necessidades de aprimoramento*: serve para valorizar conhecimentos, habilidades e atitudes diante do trabalho com a comunidade.
- *Avaliação da qualidade do trabalho médico, através da observação direta durante a simulação de um atendimento*: serve para individualizar a atenção e avaliação de competências essenciais divulgadas previamente no que concerne ao relacionamento médico-paciente.
- *Observação e avaliação de atitudes no relacionamento simulado, com agentes comunitários de saúde, auxiliares de enfermagem, enfermeira, cirurgião-dentista, auxiliar ou técnico em higiene bucal, recepcionista, pessoal de limpeza e demais componentes da equipe*: serve para individualizar a atenção e avaliação de competências essenciais divulgadas previamente no que concerne ao relacionamento com a equipe.
- *Resultado de inquérito*: a opinião do usuário sobre a qualidade da atenção oferecida pelo seu médico: serve à avaliação do desempenho do médico de família a partir do ponto de vista do usuário.
- *Análise de avaliação do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica)*: serve para avaliar o conhecimento específico sobre sistema de informação.

Quanto à instituição certificadora, esta seria responsável pela escolha dos observadores que deverão estar capacitados e familiarizados com a pedagogia da problematização, essencial a uma avaliação por competência. É importante frisar que

os certificadores deverão ter também profundo conhecimento sobre a rotina de trabalho do médico de família, inclusive porque terão autonomia para propor mudanças na norma de competência, caso observem a necessidade de atualizações.

Atualmente há uma tendência em se unificar na mesma instituição a função de formação e de avaliação, assim:

“Nada impede que uma mesma instituição desempenhe a função de formação e a de avaliação, a separação institucional é um preceito do modelo anglo-saxão de certificação e não é, necessariamente, a única via para a garantia da qualidade e a transparência da avaliação e certificação [...]. A garantia da qualidade e transparência do sistema exige a separação funcional, mas não, rigorosamente, a institucional” (SENAC, 2004, p. 196).

A elaboração de requisitos de acesso e critérios para classificação dos candidatos à certificação servirá também para difundir a proposta pedagógica, entre os candidatos e participantes, sobre a constituição de uma avaliação por competências. Possibilitará, ainda, um auto-ajuste no próprio sistema avaliador, fomentando o estímulo à busca de educação permanente pelos médicos de família, a partir da identificação de competências a serem construídas. Desta maneira, a certificação tem um duplo papel: somativo (a própria certificação) e formativo (orientação dos candidatos com relação a futuros estudos e à melhoria do próprio sistema) (DEPRESBITERIS, 2001, p. 33).

Propomos que as recertificações aconteçam em intervalos de cinco em cinco anos, a exemplo do modelo inglês, o que permitirá que todos os médicos de família possam manter-se qualificados.

No modelo americano, também adotado no Canadá, promovido pela American Board of Family Practice Certification, existente desde 1970, as recertificações são realizadas de sete em sete anos, e só podem ser tentadas por até três vezes pelo candidato. Vale ressaltar, no entanto, que essa certificação não avalia por competência. Pelo contrário, a preocupação é exclusivamente com o conhecimento, na medida em que é dividida em duas partes. Na parte I há um teste de conhecimentos com questões de múltipla escolha e casos clínicos com temas de medicina interna, cirurgia, obstetrícia, medicina comunitária, pediatria, psiquiatria, ciências do comportamento, geriatria e ginecologia. A parte II é também composta por questões de múltipla escolha, incluindo as mesmas disciplinas citadas, mas com exigência para que

o candidato realize interpretações de exames complementares (raio x, eletrocardiograma, etc.) (ABFP, 2004).

Adotamos, na presente proposta de certificação, o modelo inglês, por se aproximar da inclusão do discurso da competência como parâmetro. Segundo nossa proposta de certificação, os candidatos reprovados em qualquer uma das etapas do exame de qualificação poderiam repeti-las quantas vezes fosse oferecida, dentro do prazo máximo de quatro anos, contados a partir da data da divulgação do resultado do primeiro teste. Findo esse prazo, o candidato disporia de cinco anos para se capacitar e novamente reiniciar o processo de certificação.

A instituição certificadora deve comprometer-se com a garantia de qualidade de seu trabalho, mediante mecanismos como a realização freqüente de avaliações externas e internas. Temos, assim, que a instituição da certificação por competência gera benefícios tanto para o empregador, quanto para o trabalhador. Para o empregador, permite fomentar um melhor desempenho do empregado, a partir de seu preparo para exigências presentes e futuras do trabalho e disponibilização de um indicador de qualidade de formação.

Para os trabalhadores, possibilita uma qualificação reconhecida nacionalmente, incluindo o reconhecimento de suas capacidades e experiências anteriores, além de permitir a qualificação a partir do ritmo próprio do candidato. Gera facilidades no progresso e no desenvolvimento da carreira e melhoria das opções de mobilidade profissional, não se constituindo, assim, apenas em um título acadêmico, já que o valorizado é o desempenho no trabalho em si.

Concluimos, assim, que a proposta de certificação por competência para o médico de família é uma opção de escolha que leva em consideração o desempenho no mundo do trabalho, utilizando critérios e métodos de avaliação a partir da definição de estratégias (formas e meios) de avaliação de competências, na proposta de diagnosticar pontos fortes (conquistas a serem mantidas) e pontos fracos (desafios a serem superados) no programa de certificação.

É uma metodologia que oferece algumas respostas valiosas tanto para o desempenho profissional, quanto para projetos educacionais, aproximando, assim, educação e saúde, o médico de família às necessidades de manutenção da qualidade da atenção ofertada, o município à população que, enfim, merece ter acesso a uma atenção básica de qualidade.

**Capítulo 8****REFLEXÕES FINAIS**

A formação médica não prepara um profissional apto para trabalhar como médico generalista, como preconizam as Diretrizes Curriculares; desprepara, também, os futuros profissionais que vão atuar na atenção básica. Esses profissionais, representados aqui pelos médicos de família pesquisados, não tendo parâmetros ou modelos a seguir, acabam por reproduzir sua aprendizagem a partir de uma prática com foco na doença, insegurança diante do manejo das questões psicológicas, sociais e ambientais, sem reflexão sobre o cuidado, com uma limitada ação de promoção e prevenção da saúde.

Aprendem, assim, que basta atender seu paciente, de preferência no consultório, dispensando-lhe um mínimo de tempo possível, pois este sim, o tempo, que sempre lhe falta – precioso, deve ser aproveitado para atender mais doenças. Interminável tarefa que, ao final do dia, o deixa cansado e algo atônito ao não conseguir responder: “Mas as pessoas que me procuram estão é muito carentes! Querem é falar de si, querem é ser escutadas! Como é que eu faço isto? Só sei dar remédio, diagnosticar. Como ouvir essas pessoas? Só aprendi a ouvir as doenças!”.

Uma inquietação toma esses médicos de família, que se assumem não-sabedores dessas questões e, envolvidos por sua própria prepotência, querem, ao final de contas, resolver a prevalente demanda que chega. Pedem ajuda institucional, que retorna acenando com as velhas capacitações e treinamentos, reforçando o tradicional modelo da Biomedicina. Perguntam-se, novamente, confusos: “Para quem trabalhamos? Para as pessoas que atendemos, certamente. Para o município, inequivocamente. Para nós mesmos, que precisamos mais do que todos, ouvir-nos”.

Na intenção de diminuir a distância entre a idealização, o discurso e o que de fato realizam, procuram encontrar referências que proclamem um valor que, no fundo, não dimensionam, a não ser no prazer que sentem ao ver uma jovem mãe amamentando, uma família se reorganizando, a vida se articulando diante da saúde.

Mas só se entendem médicos reproduzindo os valores, aqueles tradicionais valores ensinados e com obediência repetidos desde os tempos da graduação,

pactuando com o que identificam entre ser do campo de atuação do médico e a gama de outras questões trazidas pelos pacientes, que não mais se resignam a ser apenas portadores de doenças.

A contemporaneidade se levanta, pronta para dizer: preparem-se para a união entre educação e trabalho. Assim, os médicos de família tentam lidar com as conseqüências do crescimento econômico desigual; propondo incluir as pessoas, as famílias num modelo de atenção diverso do aprendido.

A certificação por competência acena com uma saída integradora, dialogando com os médicos de família, os empregadores e os usuários, na busca de melhorar a qualidade do trabalho. O desejo de vínculo, de humanização da relação com o paciente, movimenta a construção da cidadania, comprometendo-se com o trabalho de equipe e a necessidade de efetivar-se um processo de educação permanente.

Coexistem vários modelos de PSF e de médicos de família, na dependência das necessidades de saúde das pessoas da comunidade – o que não invalida a definição de competências gerais e específicas comuns, mas valoriza o individualizar, o ouvir, o escutar as especificidades dos médicos no gerenciamento de suas demandas por educação permanente.

Considerando que só vale avaliar para transformar, foram dimensionadas aqui as reflexões sobre o desempenho dos médicos de família, com o objetivo de estimular estudos futuros, a partir do desafio e esforço que deverão ser feitos para a organização dos processos de trabalho, para a efetivação da formação e educação permanente e para a indução de processos de transformação da educação superior.

Mantemos a convicta esperança de que a presença regulatória do Estado na área da gestão do trabalho e da formação se torne cada vez mais uma prioridade alcançável, movida pelo olhar objetivo em privilegiar o bem comum.

Esperamos, enfim, oferecer uma possibilidade de discussão, na expectativa de que o crescimento da reorganização da atenção básica responda aos anseios da população na direção do acolhimento e não mais, tão somente, do atendimento.

Que um outro tom sintonize um novo médico.

## REFERÊNCIAS

- ABFP (American Board of Family Practice Certification). Disponível em: [www.abfp.org/cert/exams.aspx](http://www.abfp.org/cert/exams.aspx). Acesso em: 10 de março de 2004.
- ACFP (American Academy of Family Physicians). Disponível em: [www.aafp.org](http://www.aafp.org). Acesso em: 11 de março de 2004.
- ACGME (Accreditation Council for Graduate Medical Education). Disponível em: [www.acgme.org](http://www.acgme.org). Acesso em 1 de março de 2004.
- ALMEIDA M. *A Construção coletiva das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da Saúde: uma contribuição para o Sistema Único de Saúde*. Londrina: Rede UNIDA, 2003.
- ALMEIDA, M. J.; MARANHÃO, E. (Orgs.). Prefácio. *Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos Universitários da Área da Saúde*. Londrina: Rede UNIDA, 2003.
- ALMEIDA, M.J. *Educação Médica e Saúde: possibilidades de mudança*. Londrina: UEL, 1999.
- ALVES, R. *Conversas com quem gosta de ensinar (+qualidade total na educação)*. Campinas: Papirus, 2000.
- AMADO, G. Coesão organizacional e ilusão coletiva. In: MOTTA, F. (Org.). *Vida Psíquica e Organização*. Rio de Janeiro. Fundação Getúlio Vargas, 2000.
- ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. *Sociedades de Especialidades*. Disponível em: [www.amb.org.br](http://www.amb.org.br). Acesso em 31/10/03.
- AUGÉ, M. *O sentido dos outros: atualidade da antropologia*. Petrópolis: Vozes, 1999.
- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Coimbra (PT): Lisboa, 1977.
- BECKER, H. S. *et al. Boys in white: student culture in Medical School*. London: Transaction, 1977.
- BESSA, O.; PENAFORTE, J. (Org.). *Médico de família: formação, certificação e educação continuada*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.
- BONET, O. Aconselhamento médico e diversidade cultural: a busca de um enfoque integral na prática da medicina de família. In: PINHEIRO, R>; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2003.
- \_\_\_\_\_. *Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004.
- BRANCH, W.T. Jr. *The Ethics of Caring and Medical Education*. *Academic Medicine*, v. 75, n. 2, p. 127-132. February, 2000.
- BRANDÃO, M. *Mercado de trabalho em APS, relações de trabalho e questões trabalhistas*. IN: Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, 6. Congresso de Medicina Familiar – Região Conesul, 6. *Anais...* Confederação Iberoamericana de Medicina Familiar – CIMF/WONCA. Rio de Janeiro, abril de 2004.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Sistema de informação da atenção básica – SIAB: indicadores 2002. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

- \_\_\_\_\_. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/Departamento de Gestão e da Educação na Saúde. Pólo de Educação Permanente em Saúde, 2003.
- BRASIL, SUS. 15 anos de implantação: desafios e propostas para sua consolidação/Ministério da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- BRASIL. Comissão Interministerial de Certificação Profissional. Sistema Nacional de Certificação Profissional. *Proposta governamental*. Brasília, agosto 2005.
- BRASIL. Leis, Decretos. Lei nº 9394/96, de 20 de dezembro de 1996: estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Documenta, Brasília, 1996.
- BRASIL. Ministério da Educação. *Educação Profissional: referenciais curriculares nacionais de educação profissional de nível técnico*. Brasília: MEC, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Balanço das Ações: 1º semestre de 2003 – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- \_\_\_\_\_. *Guia Prático do Programa de Saúde da Família*. Brasília. 2001.
- \_\_\_\_\_. Portaria No. 198/GM/MS. Brasília: Ministério da Saúde, 13 de fevereiro de 2004.
- \_\_\_\_\_. Saúde, Brasil. 6 meses de investimentos em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, julho de 2003, edição nº 88. 2003.
- \_\_\_\_\_. Secretaria de Políticas de Saúde/Departamento de Atenção Básica, 2003. Projeto de Implantação e Consolidação do Saúde da Família – PROESF. Disponível em: <http://intranet.ensp.fiocruz.br/descentralizar/anexos/PROESF.ppt>. Acesso em: 19 jun. 2003.
- CAMARGO, K.R. J. *Biomedicina, saber e ciência: uma abordagem crítica*. São Paulo: HUCITEC, 2003.
- \_\_\_\_\_. A Biomedicina. *Physis: revista de saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, 1997.
- CAMPOS, A. M. Apontamentos de aula da Disciplina “Gestão do Trabalho nas Organizações: uma abordagem além do reducionismo (do iluminismo, do modernismo, do determinismo)”. UERJ/IMS. 2002.
- CAMPOS, G.W.S. *Saúde Paidéia*. São Paulo: HUCITEC, 2003.
- CANESQUI, A. M. *Ciências sociais e saúde para o ensino médico*. São Paulo: HUCITEC, 2000.
- CANGUILHEM, G. *Escritos sobre a Medicina*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.
- \_\_\_\_\_. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.
- CARNEIRO, M.B.; VALDINEY, V.G. *O médico e o seu trabalho: aspectos metodológicos e resultados do Brasil*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2004.
- CECILIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001.
- CINTERFOR. OIT. Disponível em: [www.cinterfor.org.uy](http://www.cinterfor.org.uy). Acesso em: 19/9/2005.
- CLAVREUL, J. *A Ordem Médica. Poder e impotência do discurso médico*. São Paulo: Brasiliense, 1983.

COLARES, M.F.A. Construção de um Instrumento para Avaliação das Atitudes de Estudantes de Medicina frente a Aspectos Relevantes da Prática Médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, set/dez 2002.

COMISSÃO NACIONAL RESIDÊNCIA MÉDICA Disponível em: [www.mec.gov.br/sesu/CNRM/inst-especialidades.asp](http://www.mec.gov.br/sesu/CNRM/inst-especialidades.asp). Acesso em 20/07/04.

CONASS. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *A saúde na opinião dos Brasileiros*. Brasília: CONASS, 2003.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. A Medicina e os atos médicos. Em defesa do direito da população à assistência médica digna e de qualidade. Brasília, outubro 2003.

\_\_\_\_\_. Médicos obtêm o maior índice de confiança. Brasília: Conselho Federal de Medicina, Ano XX, N. 156, agosto/setembro/outubro/ 2005.

CORDEIRO, H. *A Escola Médica e o novo modelo de cuidados de saúde do SUS: Saúde da Família*. 2001 (mimeo).

\_\_\_\_\_. Certificação e recertificação periódicas de médicos em Medicina de Família (Atenção Primária de Saúde). (Produto 2). Rio de Janeiro, 2001 (mimeo).

\_\_\_\_\_. Metodologia para a recertificação de médicos especialistas em Saúde da Família. (Produto 3). Rio de Janeiro, 2001 (mimeo).

\_\_\_\_\_. *Relatório de consultoria para a Secretaria de Políticas de Saúde* (Produto 1). Rio de Janeiro, 2001 (mimeo).

CORDEIRO, H.; ALMEIDA, P.H. Quem perde com a confusão na saúde do Rio. *Jornal O Globo*, Opinião, Rio de Janeiro: p.7, 25 de abril 2005.

CORDOVIL, C. Gerenciar melhor recursos escassos: o desafio do governo. *RADIS, Comunicação em Saúde*. FIOCRUZ. Rio de Janeiro, nº 16, dezembro 2003.

COSTA, H. Abertura do ENEM no Senado Federal. IN: Encontro Nacional, 10. Edição Conjunta do Conselho Federal de Medicina e Associação Médica Brasileira. *Anais...* Brasília, Maio/Junho de 2003.

CREMERJ. *Relatório do Seminário Saúde Pública no Rio: obstáculos e soluções*. Rio de Janeiro: Comissão de Saúde Pública do CREMERJ e Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados do Rio de Janeiro: Daugraf, 2001.

\_\_\_\_\_. Saúde Pública agrava-se a crise nos Hospitais do Município do Rio de Janeiro. *Jornal do CREMERJ*, Rio de Janeiro, ano XVIII, n. 173. Fevereiro de 2005.

CUNHA, M.V. [O que você precisa saber sobre...] *John Dewey: A utopia democrática*. Rio de Janeiro: DP&A, 2001.

CURY, C.R.J. *Legislação Educacional Brasileira*. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

DaMATTA, R. *Profissões industriais na vida brasileira-ontem, hoje e amanhã*. Brasília: Editora UnB, 2003.

DEFFUNE, D.; DEPRESBITERIS, L. *Competências, habilidades e currículos de educação profissional: crônicas e reflexões*. São Paulo: SENAC, 2002.

DELUIZ, N. *O Modelo das Competências profissionais no mundo do trabalho e na educação: implicações para o currículo*. Rio de Janeiro: SENAC, 2001.

DEMO, P. *A Nova LDB: ranços e avanços*. Campinas: Papyrus. 2004.

\_\_\_\_\_. *Avaliação Qualitativa*. Campinas: Autores Associados, 1999.

- \_\_\_\_\_. *Ironias da Educação: mudanças e contos sobre mudanças*. Rio de Janeiro, DP&A, 2002.
- DEPRESBITERIS, L. *Certificação de competências: a necessidade de avançar numa perspectiva formativa*. Formação/Ministério da Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem – N. 2, Brasília: Ministério da Saúde, Maio de 2001.
- DEWEY, J. *Liberalismo, liberdade e cultura*. São Paulo: Edusp, 1970.
- DÍAZ-JOUANEN, E. Las especialidades médicas: papel de las instituciones educativas y de las instituciones de salud. In: MACHADO, M.H. *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.
- DONABEDIAN, A. *La calidad de la atención médica: definiciones y metodos de evaluacion*. México, M.F: Le Prensa Mexicana, 1980.
- DURANTE, E. Medicina de Família e a formação pós-graduada. IN: Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, 6. Congresso de Medicina Familiar – Região Conesul, 6. *Anais...* Confederação Iberoamericana de Medicina Familiar – CIMF/WONCA. Rio de Janeiro, abril de 2004.
- ENEM. CFM apresenta dados preliminares da pesquisa Perfil do Médico Brasileiro. Encontro Nacional 10º ENEM. Edição Conjunta do Conselho Federal de Medicina e Associação Médica Brasileira. Brasília, Maio/Junho de 2003.
- ENRIQUEZ, E. Interioridade e Organizações. In: DAREL, E.; VERGARA, S. (Orgs.): *Gestão com Pessoas e Subjetividade*. São Paulo: Atlas, 2001.
- \_\_\_\_\_. O indivíduo preso na armadilha da estrutura estratégica. *Revista de Administração de Empresas*. São Paulo, v. 37, n. 1, p. 18-29, 1997.
- EPSTEIN, R.M; HUNDERT, E.M. Defining and assessing professional competence. *JAMA*, s/n, 2002.
- EVANS-PRITCHARD, R. Antropologia social. In: ZALUAR, A. *Desvendando máscaras sociais*. Rio de Janeiro: Francisco Alves Editora, 1980. p. 223-244.
- FALEIROS, J.J. Profissionais para reorientar o modelo assistencial. Quantos e quais? *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, jan./abr., 2003.
- FEUERWERKER, L. *Além do discurso de mudança na educação médica processos e resultados*. São Paulo: HUCITEC, 2002.
- FILHO, R.M. *Acreditação, certificação profissional e formação médica: uma questão para ser refletida*. Disponível em: <http://www.ccs.br/espacoparasaude/v2n1/Doc/OAP.doc>. Acesso em 5 março 2004.
- FOUCAULT, M. *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1980.
- FREIRE, P. *A Educação na Cidade*. São Paulo: Cortez, 2000.
- \_\_\_\_\_. *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
- FREITAS, C.M.; CZERESNIA, D. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.
- FREUND, J. *Sociologia de Max Weber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.
- FRIEDSON, E. *Profession of Medicine: A study of the Sociology of Applied Knowledge*. Chicago: Chicago University Press, 1970.

- FRIGOTTO, G. *Educação e crise do trabalho: perspectivas de final de século*. Petrópolis: Vozes, 2002.
- FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS (FGV). *Certificação Profissional*. Disponível em: <http://www.fgv.br/profgv/index.cfm>. Acesso em 19/10/03.
- GEERTZ, C. A. *Interpretação das Culturas*. Rio de Janeiro: LTC Livros Técnicos e Científicos, 1989.
- GONÇALVES, M.H.B.; BOTINI, J.; PINHEIRO, B.A.A. et al; Referenciais para a educação profissional do Senac. Rio de Janeiro: SENAC/DFP/DI, 2002.
- HACKING, I. *Language, Truth and Reason in Rationality and Relativism*. Cambridge, Massachusetts: The MIT Press, 1982.
- HAGUETTE, T. M. F. *Metodologias qualitativas na sociologia*. Petrópolis: Vozes, 1987.
- HALL, S. *A identidade cultural na pós-modernidade*. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.
- HELLER, A. *O Cotidiano e a História*. São Paulo: Paz e Terra, 2000.
- HERNÁNDEZ, F. *Transgressão e mudança na educação: o projeto de trabalho*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
- HERZLICH, C. A Problemática da *Representação Social e sua utilidade no Campo da Doença*. *Physis*, Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, 1991.
- ILLICH, I. *A Expropriação da Saúde, Nêmesis da Medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.
- INFORME DA ATENÇÃO BÁSICA. Avaliação Normativa da Estratégia de Saúde da Família no Brasil – 2001/2002. Ano IV, N. 18. Setembro/outubro 2003.
- INFORME DA ATENÇÃO BÁSICA. Pólo de Capacitação. Ano II. N. 10. Junho 2001.
- JORNAL DO BRASIL. Isenção para Universidades sai em 15 dias. O País. Pág. 14, 5 de março de 2004.
- KEATING, P.; CAMBROSIO A. *Real compared to what? Diagnosing leukemias and lymphomas*, in *Living and Working with the New Medical Technologies*. Cambridge: University Press. 2000.
- KNELLER, G.F. *A Ciência como Atividade Humana*. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.
- KUENZER, A.Z. Educação profissional: categorias para uma nova pedagogia do trabalho. *Boletim Técnico do SENAC*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 19-29, maio/ago. 1999.
- LALONDE, M. *O conceito ampliado de saúde*. Canadá. mimeo, 1974.
- LAMPERT, J.B. *Tendências de mudanças na formação médica no Brasil: tipologia das escolas*. São Paulo: HUCITEC, 2002.
- LIMA, V.V. Avaliação de competência nos cursos médicos. In: MARINS, J.J.N. et al. (Orgs.). *Educação Médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: HUCITEC, 2004.
- LÖWY, L. Transforming the “Art of Healing” into a Science: Origins of the Controlled, Randomized Clinical Trial. In: \_\_\_\_\_. *Living and Working with the New Medical Technologies*. Cambridge: Cambridge University Press, 2000.
- LUZ, M.T. Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XX. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, 1997.

- MACHADO, K. Crise da saúde acende alerta no SUS. *Radis Comunicação em Saúde*. Rio de Janeiro, n. 33, maio 2005.
- MACHADO, M.H. *Mercado de trabalho em APS, relações de trabalho e questões trabalhistas*. IN: CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 6. CONGRESSO DE MEDICINA FAMILIAR – REGIÃO CONESUL, 6. Confederação Iberoamericana de Medicina Familiar – CIMF/WONCA. Rio de Janeiro, abril 2004.
- \_\_\_\_\_. *Os Médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.
- \_\_\_\_\_. *Profissões de Saúde: uma abordagem sociológica*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1995.
- MACHADO, M.H. *et al.* Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa de Saúde da Família no Brasil. Relatório final. Brasília: FIOCRUZ, 2000.
- MALINOWSKI, B. Objetivo, método e alcance desta pesquisa In: ZALUAR, A. *Desvendando máscaras sociais*. Rio de Janeiro: Francisco Alves Editora, 1980. p. 40-61.
- MANFREDI, S.M. *Educação profissional no Brasil*. São Paulo: Cortez, 2002.
- \_\_\_\_\_. Reestruturação produtiva, trabalho e qualificação no Brasil. In: \_\_\_\_\_. *Educação e trabalho no capitalismo contemporâneo*. São Paulo: Atlas, 1996.
- MARINS, J.J.N. *et al.* (Orgs.). *Educação Médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec, 2004.
- MARZOCHI, M.C.A. Reconstruindo e Promovendo a Saúde. *Informe Epidemiológico em Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, n. 23, julho 2002.
- MAZZOTI, T.B.; OLIVEIRA, R.J. *Ciência(s) da Educação (o que você precisa saber sobre...)*. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.
- MENDES, E.V. *Uma Agenda para a Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1999.
- MERTENS, L. *Competencia Laboral: sistemas, surgimiento y modelos*. Montevideo: Cinterfor / OIT, 1996.
- MEYER, P. *A irresponsabilidade médica*. São Paulo: UNESP, 2002.
- MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2004.
- O GLOBO. União e Município fecham acordo para a saúde. Rio de Janeiro: Jornal O Globo, caCdero Rio, p. 25, 6 maio 2005.
- OLESEN, F. *et al.* General Practice-time for a new definition. *BMJ*, 2000. Disponível em: [www.paho.org](http://www.paho.org). Acesso em: 16 set. 2005.
- PARGA NINA, L. *Configurações de Situações de Pobreza*. Rio de Janeiro: PUC, 1983.
- PERESTRELLO, D. *A Medicina da Pessoa*. São Paulo: Atheneu, 1982.
- PERRENOUD, P. *Construindo as competências desde a escola*. Porto Alegre: ArtMed, 1999.
- PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F.L. Cuidado e Integralidade: por uma Genealogia de Saberes e Práticas no Cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2004.

RADIS. Comunicação em Saúde. Tuberculose é pior no Rio. Rio de Janeiro, n. 33, maio de 2005.

RAKEL, R.E. *Tratado de Medicina de Família*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

RAMOS, M.N. *A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação?* São Paulo: Cortez, 2001.

REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA. *Relatório Flexner*. Rio de Janeiro; v. 10, p. 68; 1986.

RIO DE JANEIRO (MUNICÍPIO). *Expansão e Consolidação da Saúde da Família*. Rio de Janeiro: Secretaria Especial de Comunicação Social, 2003 (Rio Estudos, n. 107).

\_\_\_\_\_. *Situação de implantação estratégica do PSF*. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 2005.

ROMANO, V.F. *A relação médico paciente no terceiro ano médico: o relato de uma experiência*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2001.

SANTOMÉ, J.T. *Globalização e Interdisciplinaridade: o currículo integrado*. Porto Alegre: Artmed, 1998.

SANTOS, B.S. *Pela mão de Alice. O social e o político na pós-modernidade*. São Paulo: Cortez, 2003.

\_\_\_\_\_. *Um Discurso sobre as Ciências*. Porto: Afrontamento, 1999.

SAÚDE DA FAMÍLIA. Disponível em: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br). Acesso em 12/02/04.

SAYD, J. D. *Mediar, medicar, remediar: aspectos da terapêutica na medicina ocidental*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

SCHRAIBER, L. A profissão de ser médico. In: CANESQUI, A.M. *Ciências Sociais e Saúde para o ensino médico*. São Paulo: HUCITEC, 2000.

\_\_\_\_\_. *Educação Médica e Capitalismo: um estudo das relações educação e prática médica na ordem social capitalista*. São Paulo: HUCITEC, 1989.

SCHUTZ, A. *Fenomenologia e Relações Sociais*. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

SCHWARTZ, S. M. Problems in participant observation. In: ZALUAR, A. *Desvendando máscaras sociais*. Rio de Janeiro: Francisco Alves Editora, 1980. p. 86-122.

SENAC. *Competência Profissional*. Manual de conceitos, métodos e aplicações no setor saúde. Rio de Janeiro: SENAC Nacional. 2004.

\_\_\_\_\_. *Referenciais para a educação profissional*. Rio de Janeiro: SENAC, 2001.

SOBRAL, D.T. Avaliação do aprendizado: uma reflexão. São Paulo: CEDEM/NUPES, 1994 (Seminários *O ensino médico e a saúde no Brasil*).

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. Disponível em <http://www.sbmfc.org.br>. Acesso em 03/02/04.

SOUZA, C.; SOUZA, C.A. Certificação e recertificação em Medicina: o próximo desafio para a medicina brasileira? *Revista Médica Minas Gerais*, jan-mar. 2003.

- TEDESCO, J.C. *Paradigmas do cotidiano: introdução à constituição de um campo de análise social*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 1999.
- TEIXEIRA, A. *Pequena Introdução à Filosofia da Educação A Escola Progressiva ou a Transformação da Escola*. Rio de Janeiro: DP&A, 2000.
- THIOLLENT, M. *Metodologia da Pesquisa-ação*. São Paulo: Cortez, 2000.
- THOMPSON, P. *A voz do passado*. História oral. São Paulo: Paz e Terra, 1998.
- VIANA, A.L.D. *Indicadores de Monitoramento da Implementação do PSF em grandes centros urbanos*. Acesso em 15/8/05. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/visao.cfm?id-area=149>.
- VIANA, A.L.D.; DAL POZ M.R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 1998.
- VIANA, A.L.D.; NEGRI, B. *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafios*. São Paulo: Sobravime, 2002.
- WASS, V. *et al.* Assessment of clinical competence. *Lancet*, 2001.
- WEBER, M. *Ensaio de Sociologia*. Rio de Janeiro: Zahar, 1974.
- WONCA EUROPA *A Definição Européia de Medicina Geral e Familiar* (Clínica Geral/Medicina Familiar), 2002. Disponível em: <http://sbmfc.org.br>. Acesso em: 30/1/04.

# ANEXOS

## ANEXO I

### ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA PARA OS MÉDICOS DE FAMÍLIA DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA – MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO:

Adaptado de DaMATTA, Roberto, *Profissões industriais na vida brasileira-ontem, hoje e amanhã*. Brasília: Editora UNB, 2003.

DATA	
LOCAL	
NÚMERO EQUIPES PSF	
IDADE	
SEXO	
ANO GRADUAÇÃO	
ESPECIALIDADE PRÉVIA	
TEMPO ATUAÇÃO NO PSF	
VÍNCULO EMPREGATÍCIO	
TREINAMENTO 6 PRIMEIROS MESES PSF	

- 1) Qual sua opinião sobre o Programa de Saúde da Família?
- 2) Como você aprendeu a ser um Médico de Família e chegou a ser o que é hoje?
- 3) Quantas pessoas, em média, atende por dia? Como organiza:
  - a) O agendamento destas pessoas:
  - b) O atendimento da demanda espontânea:
  - c) Referência para outro nível de atenção:
- 4) Quantas visitas domiciliares realiza, em média, por semana? a) Você sente-se capacitado para realizar estas visitas domiciliares? Justifique.
- 5) Quantas atividades de educação em saúde realiza, em média, por mês? a) Você sente-se capacitado para realizar atividades de educação em saúde? Justifique.
- 6) Em que medida sente-se seguro ao atender pessoas com:

	Muito Seguro	Seguro	Pouco Seguro	Totalmente Inseguro
Questões Pediátricas				
Questões Ginecológicas				
Questões Obstétricas				
Questões Clínicas				
Questões Cirúrgicas				
Questões Geriátricas				
Conflitos Psicológicos				
Conflitos Familiares				
Situações de Violência				
Drogadictos				
Múltiplas e simultâneas queixas e patologias				
Necessidades de cuidados contínuos				

- 7) Que tipos de conhecimentos e experiências um Médico de Família precisa dominar para ser aceito como um bom profissional?
- 8) Você acredita que o bom desempenho como Médico de Família depende de algum dom, talento ou habilidade especial? Explique.
- 9) Você se orgulha em ser um Médico de Família? Explique.
- 10) Você acha que o governo, seus familiares, seus amigos, seus colegas médicos valorizam devidamente sua profissão? Explique.
- 11) Como você vê o futuro do Médico de Família no país? Quais serão as exigências mais importantes da sua profissão daqui para frente?

Obrigada pela sua atenção!

## ANEXO II:

### ASPECTOS ÉTICOS

Nossa pesquisa utilizou dados e informações obtidas através de documentos, entrevistas semi-estruturadas e observação participante.

A partir do determinado pelo acordo que gerou a Resolução do Conselho Nacional de Saúde, a preservação do anonimato e da liberdade de participação foram respeitadas.

No protocolo de pesquisa constou o Termo de Consentimento Esclarecido (abaixo) que foi exposto às pessoas envolvidas no estudo em conjunto com a apresentação dos objetivos da pesquisa e de documentos autorizando esta.

O projeto de pesquisa foi encaminhado para análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, tendo parecer positivo. A Secretaria Municipal também concedeu-nos uma autorização de pesquisa na rede do Município.

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO:

Nome do entrevistado: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Projeto: "Certificação por competência para o Médico de Família: uma proposta em construção".

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado, declaro ter pleno conhecimento do que se segue:

- a) Objetivo da Pesquisa: Identificação das competências do Médico de Família no projeto de construção de uma proposta de Certificação.
- b) Benefícios que possam ser obtidos: Participação na construção de parâmetros de um Médico de Família de excelência.
- c) Receberei resposta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca de assuntos relacionados com o objeto da pesquisa.
- d) Tenho a liberdade de retirar o meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo.
- e) Obterei informações atualizadas durante o estudo, ainda que isto possa afetar minha vontade de continuar dele participando.
- f) A pesquisa manterá o caráter oficial das informações relacionado-as com a minha privacidade.
- g) Em caso de dúvidas, poderei esclarecê-las através de contato telefônico com a pesquisadora, pelos telefones: 3231- 6031 e 91383299.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2005.

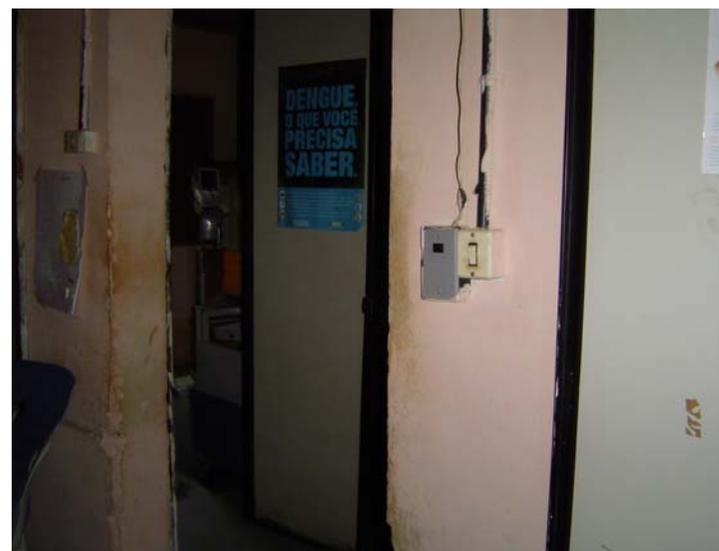
\_\_\_\_\_  
Assinatura da(o) Participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Pesquisadora

**ANEXO III FOTOGRAFIAS DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA PESQUISADAS  
VISÃO DA COMUNIDADE**



**ANEXO III FOTOGRAFIAS DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA PESQUISADAS**  
**ESTRUTURA INTERNA**





**ANEXO III FOTOGRAFIAS DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA PESQUISADAS  
CONSULTÓRIOS MÉDICOS**



# 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](#)