



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CAMPUS DE SOBRAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

RICARLA MARIA OLIVEIRA BRITO DO BOMFIM

**MÉDICO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA – MANTER-SE OU ENGAJAR-
SE? Um estudo qualitativo sobre a permanência deste profissional na Atenção Primária
à Saúde**

SOBRAL
2012

RICARLA MARIA OLIVEIRA BRITO DO BOMFIM

**MÉDICO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA – MANTER-SE OU ENGAJAR-
SE? Um estudo qualitativo sobre a permanência deste profissional na Atenção Primária
à Saúde**

Dissertação submetida à Banca Julgadora do Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará-Campus Sobral. Área de concentração: Estratégias de Educação Permanente e Desenvolvimento Profissional em Sistema de Saúde.
Orientador: Prof. Dr. José Olinda Braga.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

B683m Bomfim, Ricarla Maria Oliveira Brito do.

Médico na estratégia saúde da família – manter-se ou engajar-se? : Um estudo qualitativo sobre a permanência deste profissional na Atenção Primária à Saúde / Ricarla Maria Oliveira Brito do Bomfim. – 2012.

97 f. : il.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Sobral, 2012.

Orientação: Prof. Dr. José Olinda Braga.

1. Medicina de Família e Comunidade. 2. políticas públicas. 3. Estratégia Saúde da Família. 4. Residência Médica. I. Título.

CDD 610

SOBRAL
2012

**MÉDICO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA – MANTER-SE OU ENGAJAR-
SE? Um estudo qualitativo sobre a permanência deste profissional na Atenção Primária
à Saúde**

Dissertação submetida à Banca Julgadora do Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará-Campus Sobral. Área de concentração: Estratégias de Educação Permanente e Desenvolvimento Profissional em Sistema de Saúde.

Aprovada em: ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. José Olinda Braga (Orientador)
Universidade Federal do Ceará - UFC

Profa. Dra. Eliany Nazaré Oliveira
Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA

Prof. Dr. Geison Vasconcelos Lira
Universidade Federal do Ceará – UFC

Prof. Dr. Antonio Crístian Saraiva Paiva
Universidade Federal do Ceará - UFC (Professor Externo)

Antes de tudo e de todos, a Deus que, com sua fidelidade e amor, sustenta-me todos os dias, e transforma as dificuldades em degraus para a maturidade.

Agradecimentos

Sou grata a várias pessoas que, de alguma forma, colaboraram para a elaboração desta pesquisa. Ninguém vence sozinho. As vitórias devem ser compartilhadas com quem de direito. As que mais me abençoaram foram:

- José Olinda Braga, por compartilhar o seu saber, transmitindo segurança, tranquilidade, disponibilidade e simpatia na orientação;
- Os coordenadores e professores do Mestrado, acreditando no início desta primeira turma e se empenhando na qualidade das aulas, e no compartilhar de sua prática na Saúde da Família;
- Os três colegas entrevistados, que se dispuseram a expor suas histórias de vida profissional, sempre com esperança de que dias melhores virão na Medicina de Família;
- Equipe de trabalho do posto de saúde do bairro Padre Palhano, pois foi de onde mais me ausentei nas aulas das disciplinas, e de onde também me inspirei para o tema da pesquisa;
- Colegas de Mestrado, juntos vivenciamos as primeiras batalhas do curso, sempre nos apoiando, compartilhando as angústias, desenvolvendo amizades que irão perdurar;
- Colegas da Medicina de Família, com quem sempre debati sobre os temas pertinentes e que também me inspiraram a realizar este trabalho;
- Os amigos da Igreja Batista Vale do Acaraú, que compartilham da mesma fé, e com quem sempre posso dividir as dificuldades e as vitórias da vida;
- Minha mãe e minha irmã, por saber que posso contar com suas torcidas em minha caminhada profissional;

- Minha sogra, que sempre me demonstrou apoio nos estudos, pelo exemplo;
- Christiano Roberto Oliveira do Bomfim, que, na saúde e na doença, na presença ou na ausência, nunca deixou a desejar na compreensão e apoio incondicional;
- Íris Melissa Oliveira Brito do Bomfim, por entender o exemplo de estudo da mamãe, dar testemunho disso com orgulho, e ter a paciência e o carinho de sempre;
- Pelos quadrigêmeos, que (ainda) não me deram trabalho, no ventre, e não chegaram antes da defesa desta.

“Combati o bom combate,
terminei a corrida e guardei a
fé”

(2 Timóti

RESUMO

O médico de família e comunidade é o especialista capacitado para o atendimento na Atenção Primária à Saúde (APS), com alta resolutibilidade das demandas dos pacientes que chegam a ele. Entretanto, a presença de médicos nas unidades de saúde é escassa, tanto pelo pouco tempo de permanência destes, como por sua falta de engajamento na especialidade em questão. Esta pesquisa teve como objetivo principal compreender os motivos que asseguram a permanência/engajamento dos profissionais médicos na ESF do município de Sobral-CE, a partir de discursos de alguns deles que lá atuam, investigando sua trajetória de vida acadêmica no ensino superior, a partir de narrativas autobiográficas. Alguns motivos levantados pelos entrevistados para o baixo interesse médico em trabalhar na ESF foram: a não-valorização da carreira e especialidade Medicina de Família e Comunidade (MFC) pelas políticas públicas; baixos salários pagos pelo SUS aos médicos; pouco reconhecimento da capacidade técnica pelos outros médicos especialistas; e estrutura precária dos postos de saúde. Os médicos que permanecem o fazem por estar engajados em outras atividades, como a docência, residência médica, ou atividades administrativas. As principais sugestões para a permanência efetiva dos médicos na ESF foram criar um plano de cargos e carreira, reconhecimento meritocrático no próprio local de trabalho, apoio do governo para o desenvolvimento da MFC, exigência do título de especialista para se trabalhar na APS, e equiparação salarial do médico de família aos outros médicos do SUS.

Palavras-chave: Medicina de Família e Comunidade, políticas públicas, Estratégia Saúde da Família, Residência Médica.

ABSTRACT

The Community Family Physician is the physician expert trained to meet in Primary Health Care (PHC), with high resolvability in the patients' pathologies who come to him. However, the presence of doctors in health posts is rare, both for the short time of their stay, for his lack of commitment to the specialty in question. The government has drawn up strategies attractiveness for these professionals, as measures of attachment to internalization, financial incentive in the APS, advantages medical residency test and reduce work hours. This research aimed to understand the reasons which ensure the permanence / engagement of physicians in the ESF in the city of Sobral-CE, from the speeches of some doctors who work there, and investigate the path of academic life in higher education, from narratives autobiographical. Some reasons raised by respondents to the low medical interest in working in the FHS were: non-appreciation of career and specialty of Family and Community Medicine (MFC) by public policies, low wages paid by the SUS doctors, lack of recognition of expertise the part of other medical specialists, and precarious structure of the health posts. Physicians who do remain to be engaged in other activities, such as teaching, medical residency, or administrative activities. The main suggestions for staying effective for doctors in the ESF were to create a plan for jobs and career, merit recognition in the workplace, government support for the development of MFC, demand the title of specialist to work in the APS, and equality salary of the family physician to other physicians SUS.

Key words: Community Family Physician, Public policies, Family Health Strategy, Medical Residency

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
BIRD	Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CFM	Conselho Federal de Medicina
CREMESP	Conselho Regional de Medicina de São Paulo
CRM	Conselho Regional de Medicina
CRUTAC	Centro Rural de Treinamento Acadêmico
ENEM	Exame Nacional do Ensino Médio
ESF	Estratégia Saúde da Família
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais
MEC	Ministério da Educação
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MGC	Medicina Geral e Comunitária
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OCDE	Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial da Saúde
RMFC	Residência de Medicina de Família e Comunidade
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SBMGC	Sociedade Brasileira de Medicina Geral e Comunitária
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
PACS	Programa dos Agentes Comunitários de Saúde
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
Piass	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
Pisus	Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde
Pits	Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde
PMAQ-AB	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família

PSF	Programa Saúde da Família
PVPAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNICEF	United Nations Children's Fund (Fundo das Nações Unidas para a Infância)
WONCA	World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians.

SUMÁRIO

1. Apresentação/ Introdução.....	12
2. O médico no contexto da Estratégia Saúde da Família.....	16
2.1. Um breve histórico.....	16
2.2 Médicos na ESF X Médicos no Brasil.....	18
2.3 Dificuldades do médico na ESF.....	26
2.4 Alta rotatividade.....	29
2.5 Nova Política da Atenção Básica.....	31
2.6 Formação médica e Residência de Medicina de Família e Comunidade....	34
2.7 Atrativos para fixação de médicos na ESF.....	39
3. Metodologia.....	42
3.1 Desenho do estudo.....	42
3.2 O local do estudo: Sobral.....	42
3.3 Sujeitos de investigação.....	43
3.4 Embasamento teórico.....	43
3.5 Limitações dos métodos.....	47
3.6 Questões éticas.....	48
4. Análise das narrativas médicas	50
4.1”... No PSF existe o estigma do fracasso...”.....	50
4.2 “...O Brasil vai ter que investir nisso...”.....	60
4.3 “...Eu estou ali não só para encaminhar...”.....	71
5. Conclusões.....	80
5.1 Mapa conceitual.....	83
REFERÊNCIAS.....	85
APÊNDICES.....	91
Apêndice A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	91
Apêndice B: Carta de Apresentação.....	92
Apêndice C: Questionário.....	93
ANEXO.....	95
Anexo A: Recomendações do Comitê de Ética.....	95

1 APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

Muitos sonham em ser médicos, mas Médicos de Família e Comunidade...

Eu não planejava ser Médica de Família e Comunidade como primeira escolha de especialidade; aliás, não era uma das escolhas. Esta residência entrou em minha vida por acaso, sem muitas expectativas.

Logo após a formatura, já me encontrava trabalhando nessa área, mas considerando como um trabalho temporário, para o próximo passo profissional: prestar concurso para uma residência na área hospitalar. Então, por que não juntar o útil ao agradável: trabalhar e no fim de dois anos, obter o título acadêmico de médica de família?

No entanto, durante o curso da residência médica, os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Atenção Primária nos cuidados preventivos cativaram-me a atenção a este segmento da Medicina. Apesar dos poucos louros e glórias, a Medicina de Família constitui-se de prática imprescindível à vida saudável de um sistema de saúde de um país, município, bairro, e mais especificamente, de famílias. Nunca esqueço o que uma amiga também da especialidade disse: “Ser médica de família é ser médica de verdade, entender de tudo um pouco, saber orientar um amigo ou parente sobre uma questão de saúde, entender sua realidade”. Compreendi depois o valor de sua afirmação, não desmerecendo a representatividade dos outros médicos especialistas, mas valorizando devidamente a profissão de médica geral na comunidade que eu cuidava.

Esclareço aqui minha posição como profissional, para que haja entendimento do contexto da pesquisa e por qual visão esta foi analisada. Também sou médica de família com residência específica, ingressei no município de Sobral-Ceará em 2005 através de concurso público (onde realizo a pesquisa), vinculada por regime estatutário, e fui colega de trabalho dos médicos eleitos para as entrevistas. Pedi demissão em setembro de 2010, para assumir outro concurso, com vínculo empregatício federal. No final destes anos na ESF (no total de nove anos), experimentei trabalhar em outro ramo da Medicina, tendo a opção de não voltar para a Atenção Primária. Mas voltei, pois era a minha formação e no que eu acreditava!

Com a população de 188.271 habitantes, pelo censo demográfico do IBGE de 2010¹, o município de Sobral localiza-se na zona do sertão Centro-Oeste do Estado do Ceará, conta com uma área de 1.729 km². Sua distância em relação à capital, Fortaleza, é de 224km.

¹ www.censo2010.ibge.gov.br

Durante a prática do dia-a-dia, inquietava-me por respostas a perguntas recorrentes: por que na faculdade de Medicina, não há incentivo aos alunos para seguir a carreira da Medicina de Família e Comunidade (MFC)? Por que tantas vagas disponíveis para este trabalho, com salários altos (em relação aos de outros profissionais da saúde), pelo Brasil, mas tão baixa densidade de profissionais médicos exercendo a atividade? O que um médico de família dispõe para permanecer em sua especialidade? Qual a política nacional sustentável para uma Atenção Primária? No município em que trabalho, há alguns colegas com uma longa jornada na Estratégia Saúde da Família (ESF) – Por quê? Se a situação parece não ser favorável à permanência? Se o âmago da ESF é o vínculo do profissional com as famílias e sua comunidade, como pode o médico que trabalha nessa Estratégia, manter-se sem essa condição?

Estas, dentre outras tantas indagações, instigaram-me a começar a ler sobre o tema, levar o assunto para discussões entre colegas médicos, alunos da área, outros profissionais da saúde e na gestão municipal. Algumas opiniões eram animadoras, ressaltando a importância do trabalho realizado com famílias, acompanhando cada membro destas, entendendo sua sociedade, realizando ações de orientação com outros profissionais, dando ênfase à educação em saúde na sua rotina. Entretanto, surgiram constatações de uma realidade triste: condições físicas de trabalho constantemente desproporcionais à qualidade de serviço prestado, pouco prestígio técnico-científico julgado pelos pares (pelo fato da especialidade ter uma abordagem geral), carga horária não-flexível, ausência de equivalência salarial em relação às outras especialidades médicas, vínculos empregatícios frágeis e seleção inexistente para ingressar no trabalho. Todas essas condições deixavam os profissionais ao meu redor sem respaldo para ofertar uma melhor qualidade de serviço.

Ainda discorrendo sobre as indagações: as razões que me faziam continuar neste caminho da Medicina de Família eram as mesmas de outros colegas? Os médicos de família são os que não conseguiram ser aprovados em outras residências com foco hospitalar? A qualidade da medicina realizada é inferior?

Portanto, a escolha do tema proposto para discussão relaciona-se à importância da atuação do médico no trabalho da Estratégia Saúde da Família. Minha motivação deu-se devido à inserção pessoal na Estratégia, como médica especialista e preceptora da Residência de Medicina de Família e Comunidade (RMFC). O dilema constante entre minha prática e a teoria do SUS incomodava-me, pois eu deveria pregar princípios que não eram aplicáveis pelas diversas razões já expostas. Bem como, percebi a falta de interesse dos estudantes da Faculdade de Medicina, pela especialidade Medicina de Família e Comunidade, enquanto

permaneciam no posto onde eu trabalhava, em seu estágio prático de Internato. Fato preocupante, pelo país necessitar de profissionais na Atenção Primária, tanto pela oferta abundante de vagas médicas, como pelo gerenciamento do SUS pela APS.

Fui impelida a buscar respostas em estudos na literatura para discutir tais temas. Diante da pesquisa bibliográfica inicialmente realizada, poucos eram os estudos que se direcionavam para essa temática da não-sustentabilidade do médico na ESF com abordagem qualitativa como os de Meneses e Rocha e Trad (2005); Leite e Veloso (2009) e Gonçalves *et al* (2009).

O objetivo geral deste estudo foi compreender os motivos que asseguraram a permanência/engajamento dos profissionais médicos na Estratégia Saúde da Família do município de Sobral-CE, a partir de seus discursos, investigando a trajetória de vida acadêmica no ensino superior, a partir de narrativas autobiográficas.

Cabe aqui esclarecimento dos termos no contexto utilizado: permanência e engajamento. Considera-se um *versus* o outro, pois a permanência do médico seria apenas o trabalho sem o comprometimento das diretrizes da APS/MFC, e no segundo, o profissional assumiria as responsabilidades devidas à sua função. VÊ DICIONÁRIO.

Os objetivos específicos foram: saber a opinião dos entrevistados sobre o papel do médico de família, sua prática, e analisá-la; investigar e estudar os motivos que incentivam os médicos a decidirem pela MFC como carreira, juntamente com os motivos contrários, que os levam a escolher por outra especialidade; colher sugestões que sustentariam o médico na ESF e, após investigá-las, apresentá-las à Gestão Municipal, no fim da pesquisa; compartilhar os resultados e conclusões desta pesquisa com os sujeitos pesquisados, ao fim desta.

Como vivenciei o universo pesquisado, as possíveis hipóteses iniciais da principal indagação da pesquisa - quais condições atraem o médico para a ESF e fazem com que permaneçam e se engajam - foram diversas: carga horária de trabalho mais flexível; vínculo empregatício estável ou com possibilidades de ascensão salarial, com plano de cargos, carreira e salários; melhor estrutura física e insumos na rotina; melhores condições de trabalho quanto ao montante de pacientes e à qualidade do serviço prestado a eles; possibilidades de educação permanente; chances de mais contato com a equipe interdisciplinar para trabalharem juntos; rede de assistência à saúde organizada de tal modo que a APS seja realmente porta de entrada para o sistema de saúde; formação em MFC na graduação de melhor qualidade; reconhecimento da MFC pelas outras especialidades como uma residência de mesmo valor científico; salário equivalente aos outros médicos especialistas; política nacional (e,

consequentemente, recai aos outros níveis de governo) com enfoque no médico de família e comunidade; enfim, hipóteses confirmando-se ao final do estudo.

O Mestrado em Saúde da Família chegou como um aliado para fornecer ferramentas, capacitando-me e instigando-me ainda mais a levantar à Academia, ator social de consensos e dissensões, a discussão sobre esse assunto permanentemente manchete de noticiários: não há médicos suficientes nos postos de saúde.

Os apelos mundiais para a sustentabilidade do planeta estão na mídia permanentemente. Nesse contexto, acredito também se aplicar a sustentabilidade à saúde como um todo, pois esta não é somente não estar doente, segundo **conceito de saúde da OMS:** _____ . E a Atenção Primária tem esta finalidade: o enfoque é na manutenção da saúde, enquanto incentivadora da prevenção de doenças, de maus-tratos, de complicações de doenças já existentes, de famílias desestruturadas, do meio-ambiente descuidado. Por que não há médicos que não queiram se engajar com este estilo?

Como sempre queremos melhorar o ambiente em que vivemos e trabalhamos, veio-me o desejo de aprofundar o entendimento das relações existentes na ESF para os médicos que a fazem, assim podendo aumentar as contribuições para as discussões no tema.

Em conclusão, motivada pela situação precária da presença e qualidade da Medicina de Família na Atenção Primária no Brasil, dispus-me a investigar sobre o tema, com uma abordagem qualitativa.

No capítulo 1, discorro sobre a investigação da situação-problema: o tempo, o contexto e as evoluções; apresento um sucinto quadro das transformações, tanto sociais quanto de aspectos específicos da profissão médica, para que melhor se possa compreender o período de formação e de atuação dos profissionais pesquisados; comento o contexto sócio-político em que os participantes estão inseridos.

No capítulo 2, o referencial teórico-metodológico é a pauta, considerando as narrativas autobiográficas como ferramenta de entrevistas, e a técnica de análise de discurso para compreensão das mesmas, além da caracterização dos sujeitos participantes da pesquisa. A opção por esse capítulo conceitual se dá por sentir a necessidade de apresentar os conceitos referentes a este tipo de abordagem e justificar minha escolha.

O capítulo 3 é composto do apanhado das análises dos relatos dos entrevistados selecionados, com os principais aspectos pontuados.

CAPÍTULO RESUMINDO AS FALAS.

Já no capítulo 4, dá-se a **hermenêutica das falas à luz da teoria**, analisando as compreensões em questão, compondo as considerações finais. Retomarei alguns pontos

discutidos nos capítulos anteriores para poder melhor compreender os vários aspectos que configuram a profissão. Complementarei a compreensão da relação dos conceitos através de um mapa conceitual, ferramenta gráfica de interrelação de conceitos (TAVARES, 2007).

2. O MÉDICO NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

2.1 Um breve histórico

O século XX foi marcado pelo avanço da ciência positivista e do crescimento de especialidades médicas focais. Após investigações para explicar a crise da medicina e dos sistemas de saúde vigentes na época, concluiu-se que este crescimento exponencial da especialização focalizada, não trouxe os benefícios esperados, necessitando de um redirecionamento para este modelo. A histórica Conferência de Alma-Ata realizada pela OMS, em 1978, é um marco em tal processo (ANDERSON *et al.*, 2005).

A preocupação com uma saúde universal e igualitária foi o ponto de partida para a realização da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, em Alma-Ata. Esta conferência dava ênfase à Atenção Primária à Saúde (APS)² de um país, quando defendia que os cuidados primários de saúde constituíam a chave para que a meta de “Saúde para todos no ano 2000” fosse atingida, como parte do desenvolvimento humano, social e econômico. Daí então, nasceu a Declaração de Alma-Ata, convocando “os governos, a OMS [Organização Mundial da Saúde] e o UNICEF [*United Nations Children’s Fund*], assim como outras organizações [...] a colaborar para que os cuidados primários de saúde fossem introduzidos, desenvolvidos e mantidos (grifo nosso)” (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS EM SAÚDE, 1978). Esta declaração foi a primeira dentre as várias outras cartas de promoção da saúde que foram escritas no decorrer nos anos, em várias cidades, espalhadas pelo mundo (como a Declaração de Adelaide (1988) e a de Jacarta (1997)), demonstrando a preocupação generalizada por mudanças (BRASIL, 2002).

Diante de tal mobilização mundial, a Atenção Primária à Saúde no Brasil começou a se organizar, com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), ocorrida em março de 1986. Na época, foi estabelecido o alicerce de uma proposta para a Reforma Sanitária no país. Seu relatório final definia a saúde por uma perspectiva mais abrangente, proporia a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que, felizmente nasceu com a Constituição de 1988 (BRASIL, 1988).

² A Atenção Primária é aquele nível de um sistema de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a ação fornecida em algum outro lugar ou por terceiros (STARFIELD, 2004).

O Relatório Mundial de Saúde, publicado pela OMS em 2008, veio para consolidar definitivamente as recomendações mundiais a fim de que os governos alicerces seus sistemas de saúde na Atenção Primária (OMS, 2008). Para isso, enfatiza que a APS:

- Exija mudanças e regulação do sistema de atenção à saúde, buscando o acesso universal para a população e a proteção social em saúde;
- Deva responder às necessidades e expectativas dos usuários sobre um conjunto de riscos e doenças, de acordo com seu contexto epidemiológico;
- Promova comportamentos e estilos de vida saudáveis e redução dos danos sociais e ambientais sobre a saúde;
- Estruture-se através de equipes de saúde, facilitando o acesso e o uso apropriado de tecnologias e medicamentos;
- Paute-se pela participação oficializada da sociedade civil no diálogo político e nos mecanismos de prestação de contas;
- Requeira investimentos adequados, com consequente retorno financeiro de maior valor que o investido, até mais que todas as estratégias de ;
- Seja gestora e porta de entrada de um sistema hierarquizado em redes de atenção à saúde.

Para organizar sua APS e reafirmar os princípios do SUS, o governo brasileiro estabeleceu o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), implantado em 1991, com bom desempenho no Nordeste, contribuindo para que, em 1994, surgisse o Programa Saúde da Família (PSF), como mais uma ferramenta de estruturação do sistema básico de saúde. O PSF foi criado para acompanhar os ciclos de vida dos indivíduos, através dos postos de saúde, e priorizar a orientação do cuidado para a prevenção de doenças na própria comunidade, ao invés da cura em ambiente hospitalar (BRASIL, 2001a; BRASIL, 1997).

Segundo Campos *et al* (2002), o PSF no Brasil, mesmo baseado nas ideias de Atenção Primária, é original e inédito em sua concepção, adequando-se à realidade local, não havendo registro de modelos semelhantes em outros países. Diferentemente da Medicina Familiar vigente em vários países da Europa, no Canadá e na Oceania, o PSF é desenvolvido pelo trabalho multiprofissional e em equipe, como processo básico para a integralidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde (SOUSA; HAMANN, 2009).

A denominação inicial de PSF, apesar de sua originalidade sob vários aspectos, tornou-se imprópria diante da dimensão das propostas e princípios expostos posteriormente, os quais consolidavam a organização estrutural da saúde da família em uma *estratégia* de

reorientação do modelo assistencial (CONILL, 2008; COSTA *et al*, 2009; TESTA, 1995). Estratégia tal que não se resume a uma ação governamental pontual, exclusiva a regiões, grupos periféricos ou minoritários, medida a que se propunha um *programa*. A Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2006) considera a transformação do PSF em uma estratégia de abrangência nacional, corrobora com a nova proposta de nomeação. Entretanto, há quem argumente que o termo PSF não caia em desuso, como justifica Mendes (1996), defendendo-o como boa marca política para a saúde primária do Brasil.

Nesta pesquisa, utiliza-se, mais frequentemente, o termo “Estratégia Saúde da Família (ESF)”, por ser o mais preconizado atualmente pelo Ministério da Saúde, porém, como “PSF”, encontra-se bem difundido, haverá alusão ao mesmo em trabalhos relatados e nas falas dos entrevistados.

2.2 Médicos na ESF X Médicos no Brasil

O Ministério da Saúde preconizou que, para implantação do PSF, numa Unidade de Saúde, deve-se ter uma clientela de, no máximo, 4.500 pessoas e uma equipe composta de no mínimo, um médico, um enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (BRASIL, 1994).

O sucesso deste rearranjo estrutural depende da permanência de todos os profissionais que a ESF demanda, e o médico, não foge a regra. Este, equivocadamente, por diversas vezes, é considerado o principal componente da equipe, devido à cultura de formação hegemônica e flexneriana³ dos cursos de formação em saúde do século XX, como confirma Sisson (2009), quando diz que:

“[...] é possível considerar que o modelo flexneriano constituiu uma forte influência na conformação dos cursos médicos nas universidades norte-americanas por 40 anos, bem como nas faculdades da América Latina e do Brasil a partir das décadas de 1940 e 50”.

Portanto, houve uma discrepância na forma da inserção e permanência do médico na ESF, em relação às outras categorias. A iniciação do trabalho deste não se deu de uma forma tão tranquila, resultando em escassez desses profissionais, não possibilitando que a

³ Relatório Flexner, lançado nos Estados Unidos em 1910 e que, a partir daí, influenciou de modo determinante a educação e a prática médica em todas as regiões da terra. O paradigma flexneriano, ao tempo em que provocou a exclusão de outras práticas assistenciais, extrapolou o campo médico, moldando a conformação de todas as profissões da saúde de forma dependente e subordinada ou complementar ao próprio médico. FLEXNER, Abraham. *Medical education in the United States and Canada: the Carnegie foundation for the advancement of teaching*. New York: Carnegie Foundation, 1910. 363p. Disponível em <http://www.carnegiefoundation.org/files/elibrary/flexner_report.pdf>. Acesso em: 12 fev 2011

equipe desenvolvesse todo seu potencial de trabalho possível. Sisson (2009), também percebe que:

“[...] como a categoria médica continua hegemônica na equipe de saúde e mantém seu papel de destaque nas ações de saúde, considera-se que ela é indispensável à mudança do setor, embora seja a que apresenta maior resistência”.

Conforme o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)⁴, até janeiro de 2011, estavam atuando aproximadamente 17.053 médicos de Família e Comunidade na ESF de todo o país, para 38.401 equipes de saúde, percebendo-se que uma proporção baixa de 0,5 médico/equipe.

O médico apropriado para atuar na APS é aquele especialista em Medicina de Família e Comunidade (MFC), conforme a *World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians* (WONCA). São atribuições/características da MFC, segundo a mesma instituição (WONCA, 2002):

- Primeiro ponto de contato médico com o sistema de saúde;
- Coordenação da prestação de cuidados;
- Abordagem centrada na pessoa, orientada para o indivíduo, a família e a comunidade;
- Relação médico-paciente ao longo do tempo;
- Responsabilidade pela prestação de cuidados longitudinalmente;
- Possuir um processo de tomada de decisão determinado pela prevalência e incidência de doença na comunidade;
- Gerir simultaneamente os problemas, tanto agudos como crônicos, dos pacientes individuais;
- Promover a saúde e bem-estar através de intervenções tanto apropriadas como efetivas;
- Ter uma responsabilidade específica pela saúde da comunidade;
- Lidar com os problemas de saúde em todas as suas dimensões física, psicológica, social, cultural e existencial;
- Gerir a doença que se apresenta de forma indiferenciada, numa fase precoce da sua história natural.

Conceitos ratificados por Anderson *et al* (2005), quando afirmam:

⁴ Acesso em 13/03/2011.

“a MFC é a especialidade médica da integralidade com foco centrado na APS. Por isso, é uma especialidade estratégica na conformação dos sistemas de saúde. Cabe à MFC, partindo de um primeiro e fácil acesso, cuidar de forma longitudinal, integral e coordenada da saúde das pessoas, considerando seu contexto familiar e comunitário. Portanto, a medicina de família e comunidade é um componente primordial da atenção primária à saúde [...] Países como Portugal, Canadá, Inglaterra, Cuba e Holanda consideram e adotam o especialista em Medicina de Família e Comunidade (com diferentes denominações) como o profissional de primeiro contato com excelentes resultados. Na Inglaterra, 51% de todos os médicos do país são especialistas da integralidade (“General Practitioners”); no Canadá, representam 55%; em Cuba, cerca de 65% e na Holanda eles já somam 33%.”

Nos países onde é adotada, a MFC fez diferença significativa para a melhoria dos indicadores de saúde. A OMS e a WONCA, no documento editado “Como tornar a prática e a educação médicas mais adequadas às necessidades de saúde da população: a contribuição do médico de família”, em 1994, recomendam que:

“O médico de família/generalista deve desempenhar um papel central na obtenção de qualidade, equidade e custo-efetividade nos sistemas de saúde.”

“A maior parte dos médicos de um país deverão ser médicos de família. (...) é necessário estabelecer políticas nacionais no sentido de atingir este objetivo tão cedo quanto possível”.

Starfield *et al* (2005), reuniram vários trabalhos que demonstravam ser diretamente proporcional a presença de médicos generalistas com melhores indicadores de saúde nas mais variadas áreas da saúde pública.

No Brasil, a fim de ratificar estudos em outros países, Bolze *et al* (2004) pesquisaram a correlação da atuação da MFC com melhores índices de desenvolvimento humano e mortalidade infantil. Encontraram apenas pequenas tendências de aumento desses números, mostrando ainda a não consolidação da nova estratégia da MFC no impacto de desenvolvimento regional. Os motivos alegados pelo estudo foram: dificuldades de melhor expansão do PSF e a carência de especialização desses médicos na própria atuação.

Os médicos de família são médicos que devem ter capacitação técnica em Saúde da Família ou Residência de Família e Comunidade (RMFC), segundo Gonçalves *et al* (2009). São médicos “[...] responsáveis pela prestação de cuidados abrangentes e continuados a todos os indivíduos que os procurem, independentemente da idade, sexo ou afecção” (WONCA, 2002).

Infelizmente, estudos têm mostrado que, tanto por parte da população como dos profissionais da saúde, há desconhecimento da Medicina de Família e Comunidade (MFC) enquanto especialidade médica (FALK, 2005).

Como são médicos generalistas os que atuam nos postos de saúde, deveria existir um povoamento maior desses pelo Brasil, já que os mesmos devem encaminhar os pacientes selecionados para outros níveis de atenção à saúde. Entretanto, não é isso que se observa nos dados atualizados do estudo “Demografia Médica no Brasil” (CREMESP/CFM, 2011), já publicado em 2012, pelo Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP) em parceria com o Conselho de Medicina (CFM). Este atualiza os dados estatísticos dos médicos pelo Brasil. Há mais especialistas do que generalista no país, conforme Tabela 1:

Tabela 1 **Médicos generalistas e especialistas, segundo sexo – Brasil, 2011**

	Feminino	%	Masculino	%	Total
Generalista	65.926	39,58	100.642	60,42	166.568
Especialista	83.056	40,61	121.444	59,39	204.500
Total	148.982	40,15	222.086	59,85	371.068

Fonte: CFM/AMB/CNRM; Pesquisa Demografia Médica no Brasil, 2011.

Observa-se em alguns estudos o perfil inadequado do médico na ESF. Em estudo nacional investigando o perfil do médico em relação ao tempo de experiência profissional, destacam-se dois grupos com situações opostas: recém-formados que ainda não têm carreiras consolidadas e para os quais o PSF se apresenta como uma alternativa de “mercado de trabalho”; e profissionais com larga trajetória profissional, incluindo aqui aposentados ou prestes a recorrer à aposentadoria (BRASIL, 2000). Estudo realizado em grandes municípios demonstrou que a contratação de muitos recém-formados aumenta o índice de rotatividade no serviço, pois, esperam ingressar em uma residência médica após realização de provas, e enquanto isso, aguardam o resultado destas, trabalhando por curto período até o ingresso na residência. Tal estudo também revelou, ratificando a pesquisa anteriormente citada, que os médicos que atuavam no PSF eram jovens demais, despreparados, ou por outro lado, idosos e aposentados, de difícil adaptação ao novo sistema (BRASIL, 2002a).

Outra evidência da falta de especificidade para se trabalhar na APS aconteceu em relato de estudo de Silva *et al* (2010). Nenhuma capacitação específica ocorreu para a maioria de quinze médicos já no PSF em município do Rio de Janeiro. Prática inadequada, uma vez que o Guia Prático do PSF (BRASIL, 2001) recomenda que os profissionais, antes de iniciarem as atividades no local de trabalho, capacitem-se especificamente para a nova prática.

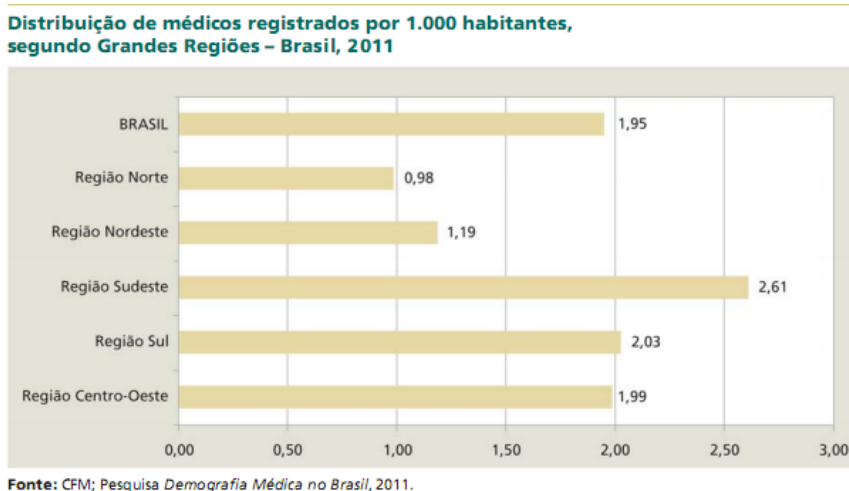
Por essas razões, existem tantos municípios que não possuem uma Atenção Primária à Saúde que funcione a contento, devido também à presença do profissional médico inadequado, pela não ter se especializado, para tal trabalho.

Entretanto, existem exemplos contrários aos relatados e com avaliação positiva da situação dos médicos de família, nos quais estes são capacitados com especialização em Saúde da Família ou Residência de Medicina de Família de Comunidade. Tem-se um estudo de Sant’Ana (2011), para confirmar esta afirmação.⁵

A fim de discutir a densidade de médicos no Brasil, Giovanella e Mendonça (2008) já alertavam que havia uma extrema desigualdade na distribuição regional desses profissionais nos serviços de saúde. Em 2002, a disponibilidade de médico no Sudeste era de 2,1 profissionais por mil habitantes, enquanto na região Norte, mais desfavorecida economicamente, aproximadamente um terço dessa frequência (0,6 médicos/mil habitantes), o que demonstrava carência de acesso da população aos médicos, nessa região.

O estudo “Demografia Médica no Brasil” (CREMESP/CFM, 2011), atualiza esses dados e confirma a perpetuação da desigualdade de mão-de-obra médica pelo país, conforme o Gráfico 1:

Gráfico 1



A densidade de médicos aumentou em ambas as regiões, entretanto há ainda uma grande disparidade de doutores entre as mesmas.

Como índice desejável para países em desenvolvimento, popularizou-se equivocadamente um padrão mínimo de 1 profissional médico para cada grupo de 1.000 habitantes. Essa relação “almejada”, erroneamente atribuída à Organização Mundial da Saúde, nunca foi explicada nem justificada, embora continue empregada com frequência:

“A Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) não recomendam nem estabelecem taxas ideais de número de leitos por habitante a serem seguidas e cumpridas por seus países-membros. Tampouco

⁵ Disponível em http://www.sbmfc.org.br/media/file/artigos/aproposito_medicina_familia.pdf.

definem e recomendam o número desejável de médicos, enfermeiros e dentistas por habitante. Não existe, ainda, orientação sobre a duração ideal das consultas médicas ou um número desejável de pacientes atendidos por hora. [...] A definição de índices, como número de leitos ou médicos por habitantes depende de fatores regionais, sócio-econômicos, culturais e epidemiológicos, entre outros, que diferem de região para região, país para país. Isso torna impossível, além de pouco válido, o estabelecimento de uma “cifra ideal” a ser aplicada de maneira generalizada por todos os países do planeta. O Brasil, país de dimensões continentais, ilustra bem o problema: o número ideal de médicos e leitos para uma população rural na Região Norte, onde um dos principais problemas de saúde é a malária, não pode ser o mesmo que o exigido na Região Metropolitana de São Paulo, que tem alta concentração de população urbana e cuja demanda por assistência médica e internação hospitalar tem como causas principais as doenças crônicas (ex: câncer e diabetes) e fatores externos (ex: acidentes de trânsito, homicídios e violência)” (OPAS,2003).

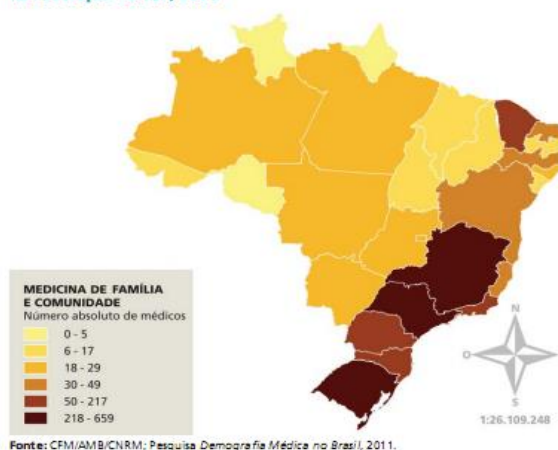
Como se confirma no estudo das autoras, não há nenhuma recomendação internacional proposta quanto ao número ideal de médicos para uma população, “[...] pois a necessidade desse profissional está condicionada à forma de organização do sistema de serviços de saúde e da participação e distribuição de tarefas com outros profissionais na equipe”. Mostram ainda, que mesmo não havendo consenso sobre a quantidade de médicos em um país, o caso brasileiro é insuficiente em comparação a países selecionados da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE), formada pelos países de maior renda *per capita* mundial. Na maioria dos 30 países que compõem essa organização, o número de médicos por mil habitantes estava em torno de três. Mesmo em 2011, conforme o Gráfico 1, a quantidade de médico no Brasil, 1,95/1000 habitantes, não alcançou a meta ideal.

No que se refere aos médicos de família, o quadro também é semelhante, com maior concentração de profissionais nas regiões Sudeste e Sul, de acordo com a Figura 1. A exceção é justamente no Ceará, com a frequência desse especialista destoando da do Norte e do Nordeste.

Provavelmente, pelos programas PSF/PACS terem se iniciado aqui, base para uma AAPS relativamente mais fortalecida.

Figura 1

Distribuição de especialistas em Medicina de Família e Comunidade, segundo Unidades da Federação – Brasil, 2011



A desigualdade em números de médicos também se confirma no que se refere à interiorização destes no Brasil. Em estudo nacional desenvolvido em 1995, por várias associações médicas importantes, intitulado *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*, já se mostrava a concentração médica nas capitais dos estados – 65,9% (MACHADO, 1997). Com a intenção de atualizar a pesquisa de Machado (1997), o CFM realizou a mesma pesquisa, em 2002 a 2003, aplicando o questionário anterior, porém com pequenos acréscimos. Houve, então, uma diminuição na tendência de urbanização do trabalho médico, caindo a concentração médica nas capitais, de 65,9% para 62,1%. Pelos últimos dados de 2011, no estudo “Demográfica Médica no Brasil”, já citado, no conjunto das capitais, a razão de médicos registrados por 1.000 habitantes é de 4,22, maior que a média nacional (1,95). O estudo afirma também que aqueles que vivem em qualquer capital contam em média com duas vezes mais médicos que os que moram em outras regiões do mesmo estado.

As tentativas governamentais para minimizar essa outra disparidade não foram poucas, pois ao longo dos anos, com início na década de 1960, tentou-se estruturar quatro programas para a fixação médica no interior: o Projeto Rondon, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (Pisus) e o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (Pits), todos esses com resultados insuficientes para os resultados esperados, conforme Maciel Filho e Branco (2008).

No que se refere ao provimento de médicos no país, uma das medidas estatais encontra-se a criação do REVALIDA, o exame nacional de revalidação de diplomas médicos expedidos por instituições de educação superior estrangeiras, que foi instituído por meio da Portaria Interministerial MEC/MS nº 278, de 17/03/2011.

Trata-se de um instrumento de avaliação para revalidar diplomas médicos expedidos no exterior, utilizando parâmetros e critérios adequados à aferição da equiparação curricular, provas de conteúdo teórico e testes de habilidades clínicas, para no final definir a aptidão ao exercício profissional da Medicina no Brasil.

Aderiram ao REVALIDA 2011, 37 universidades públicas brasileiras. O exame foi realizado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP/MEC).

Ele foi aplicado em duas fases: a primeira constituiu-se de uma prova escrita, objetiva e discursiva, de caráter eliminatório. E a segunda fase, chamada de prova de habilidades clínicas, compreendeu um conjunto de dez estações, dentro das quais, o candidato em 10 minutos/estação, deveria realizar tarefas específicas dentro das cinco grandes áreas da Medicina: a Clínica Médica, a Cirurgia, a Ginecologia-Obstetrícia, a Pediatria, a Medicina da Família e Comunidade – Saúde Coletiva.

Dentre os 677 candidatos inscritos no REVALIDA 2011, 536 participaram efetivamente das provas escritas. Passaram para a segunda fase: 96. Aprovados no final das provas e aptos a revalidar o seu diploma no Brasil, 65 médicos, 12,12%, do total inicial. Estes 65 profissionais da Medicina, de diversas nacionalidades, obtiveram seus diplomas em 11 países: 15 em Cuba, 14 na Bolívia, 13 na Argentina, 6 na Colômbia, 5 no Peru, 4 na Venezuela, 3 no Equador, 2 na Nicarágua, 1 no Paraguai, 1 na Alemanha e 1 na França.

A nova sistemática de revalidação dos diplomas começou a ser planejada pelo grupo de trabalho interministerial criado em 2007, com a participação de representantes do Ministério da Educação, do Ministério das Relações Exteriores e do Ministério da Saúde. O grupo de trabalho ouviu universidades, associações médicas e associações de ex-alunos para discutir formas de aperfeiçoamento do sistema.

Percebe-se que esta tentativa de atrair médicos para o país, não é muito eficaz, pela baixa aprovação no Brasil, dos médicos graduados no exterior (12,12%).⁶

Destarte, com este novo cenário de quase vinte anos da criação do SUS e PSF/ESF, relativamente recente para o médico generalista que atua na Atenção Primária à Saúde, o processo de trabalho, as relações interdisciplinares, os vínculos empregatícios e a formação deste profissional perpassam por ajustes à nova realidade, o que também afirmam Campos e Malik (2008).

⁶ http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=22536:revalida-2011-resultado-final&catid=46&Itemid=18, acesso em 03/13/2012.
<http://revalidacaomedica.blogspot.com.br/2011/10/revalidacao-de-diploma-medico.html>

Apesar da carência médica, de um modo geral, a implantação e resultados desse novo sistema de organização da saúde têm agradado tanto aos usuários quanto aos gestores e trabalhadores, como mostra avaliação da implementação do PSF em 10 grandes centros urbanos (BRASIL, 2002a). Leite e Veloso (2009) em pesquisa investigando as representações sociais dos trabalhadores do PSF sobre este, também observaram que todos os entrevistados representaram o PSF como uma proposta que trouxe contribuições positivas.

2.3 Dificuldades do médico na ESF

A mais lembrada das queixas dos médicos que trabalham na ESF é a remuneração. Esta é relativamente baixa comparada a de outras especialidades, uma vez que a carga horária semanal é extensa. Quarenta horas de trabalho semanais, eram exigidas de acordo com a Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2006), o que irá se ajustar com a nova Portaria de 2011 (assunto a seguir). Não havendo possibilidades de complementar sua renda com outros vínculos empregatícios, o médico se mostra insatisfeito. Se preferir fazê-lo, somente nos horários de fim-de-semana ou durante as noites da semana, desgastando-o ainda mais.

Pelo estudo “Demografia Médica no Brasil”, (CREMESP/CFM, 2011), o CRM explica que o país tem 3,33 postos de trabalho médico ocupados por 1.000 habitantes. O dado permite que o médico deixe de ser contado como um único profissional, como é feito usando o indicador “médico registrado”. Um mesmo médico, se atender em dois locais, ou tiver dois diferentes vínculos, será contado como “dois postos de trabalho médico ocupados”.

Acrescentar essa possibilidade de análise é extremamente relevante quando se considera que o modelo de sistema de saúde brasileiro permite múltiplos vínculos do mesmo médico. O mesmo profissional atua em mais de um serviço e atende diferentes populações, até mesmo em municípios diferentes. Logo, se a ESF requer quarenta horas do profissional, não há como este ter outros vínculos de trabalho durante o dia, na semana.

Silva *et al* (2010), já referem que os salários dos médicos de família são superiores aos dos colegas do SUS, não havendo justificativa para a queixa de baixa remuneração. Afirmam que:

“[...] a questão salarial também é vista como problema, pois por receberem salários superiores aos pagos na rede SUS, alguns se ressentem que seus colegas ignorem o tipo de trabalho que desenvolvem, a carga horária de quarenta horas e a dedicação exclusiva, apelidando-os de “marajás da saúde” ou brincando com a sigla PSF dizendo que ela, na verdade, designa “Programa do Salário Fácil”.

Pesquisa realizada em Minas Gerais também relata que a remuneração no PSF foi considerada razoável por e para médicos: 66,7% (COTTA e cols, 2006). Outra insatisfação referida é em relação ao vínculo com a comunidade da área adscrita, tão almejado para a realização de um acompanhamento integral do paciente. Ele não consegue ser estabelecido pelo médico, pois o mesmo tem a atenção maior em demandas de pronto atendimento. Como afirma Gusso (2012)⁷, que nem sempre a organização de um PSF aproveita toda a potencialidade do médico de família e comunidade. Quando pressionado pela coordenação do PSF local a se envolver em demasia em atividades da demanda das queixas população, o médico compromete os próprios princípios do MFC e da APS, em que a prioridade é a prevenção e não cura das doenças. O estabelecimento do vínculo é uma proposta de destaque do Ministério da Saúde (BRASIL, 1997) para o PSF, pois “assim, o PSF elege como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e coresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população”. Mattos (2001), também cita que a cobrança de produtividade para consultas médicas e visitas domiciliares pode impedir um atendimento regido pelos princípios da integralidade, sobretudo os referidos a uma escuta atenta.

Em diversas situações, o médico não cuida somente da população de sua equipe, tendo que realizar consultas às famílias que não acompanha, na falta de outros colegas no mesmo posto de saúde. Esta prática vem contrariar o PNAB – Plano Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006), que, para o adequado seguimento das famílias ocorrer, há a necessidade da equipe de saúde ser responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes.

Discorrendo ainda sobre as condições insalubres que resultam em falta de médico na ESF, há o frágil vínculo empregatício que, na maioria dos municípios é contratual. Realidade comum, criada a partir do emprego assalariado do médico, que costumava ser autônomo em suas atividades laborais. Pesquisas enfatizam este fato e mostram a percentagem baixa de outros vínculos de trabalho vigentes no PSF (LEITE; VELOSO, 2009; CAMPOS; MALIK, 2008).

Ainda outra insatisfação da prática médica na APS, é a precariedade da rede física local. Estatísticas da Saúde do IBGE (Assistência Médico-Sanitária) de 2009 mostraram que apenas 25% dos postos de saúde apresentavam condições adequadas de funcionamento, além

⁷ www.fm.usp.br/cedem/did/atencao/terminologia.pdf. Acesso em 10.fev.2012

de baixo índice de conectividade e de informatização (apenas 17% conectado e 27% tem algum computador)⁸.

Apesar dessas circunstâncias adversas, continuam as obrigações do médico de família como conhecer as fisiopatologias mais comuns de todos os ciclos de vida; realizar procedimentos cirúrgicos ambulatoriais simples; participar da capacitação da equipe de trabalho; ter a prática de visitas domiciliares e educação em saúde; criar vínculo com sua comunidade adscrita, dentre outras atividades. Rotina que representa uma carga de trabalho de constante responsabilidade sanitária.

Para avaliação nacional da ESF, uma dupla de médicos de família espanhóis, pesquisadores, do grupo de estudo CESCO, realizou um relatório da Estratégia, em 2011, após visitas por todas as regiões do Brasil (GÉRVAS; FERNÁNDEZ, 2011). Esta foi uma iniciativa da SBMFC em parceria com suas associações estaduais, que conseguiu financiamento do Ministério da Saúde para o Projeto. Este Projeto começou em março de 2010, com a revisão ao longo de um ano da teoria e das publicações sobre a aplicação da ESF no Brasil. O trabalho de campo foi realizado em abril, maio e junho de 2011. O Relatório final foi elaborado em julho e agosto de 2011. O trabalho de campo se deu em visitas a setenta centros de saúde. Foram visitados dezenove Estados do Brasil. No relatório, após constatação de várias situações, os pesquisadores emitiram diversas recomendações, desde organização política, até logística das unidades de saúde. As principais, relatadas, em relação aos médicos de família, foram:

- Os médicos da família, com dedicação exclusiva deveriam adquirir, no momento do novo contrato, uma lista de pacientes (dentro da área geográfica da unidade de saúde, com livre escolha dos pacientes) e o pagamento de um incentivo *per capita*, em torno de 20% do salário (ajustado por idade dos pacientes, pelo âmbito geográfico-urbano, rural, remoto, baixo Índice de Desenvolvimento Humano e, no futuro, por carga de morbidade dos pacientes).
- Os médicos da família devem coordenar todas as prestações farmacêuticas de seus pacientes (ainda que tenham sido prescritas por especialistas) que não poderão ser dispensadas sem a sua autorização.
- A formação dos médicos da família pode ser alcançada através da residência em Medicina da Família e através de cursos de capacitação presencial e a distância dos

⁸ Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/ams/2009/default.shtm>, acesso em 01 de agosto de 2011.

médicos com experiência prévia em Atenção Primária (em ambos os casos, com remuneração dos médicos preceptores-tutores).

- Em cinco anos deveria ser obrigatório o título de especialista em Medicina da Família para trabalhar na Atenção Primária do SUS.
- Uma Atenção Primária com o médico da família como primeiro contato médico, de maneira equilibrada com uma Equipe funcional capacitada e dotada de tecnologia adequada.
- Um SUS em que todos os especialistas (inclusive pediatras, ginecologistas e clínicos gerais) trabalhem como consultores dos médicos da família, de forma que estes coordenem de forma efetiva os serviços (com independência do local e momento em que sejam prestados) (GÉRVAS; FERNÁNDEZ, 2011).

Portanto, recomendações estas com a finalidade de melhorar as condições de trabalho do médico de família no Brasil, seguindo a linha de APS mais fortalecida de outros países.

2.4 Alta rotatividade

Apesar de se perceber a existência de alta rotatividade dos médicos na ESF, há poucos dados e estudos a respeito do assunto, talvez pela questão do tempo curto para esta análise, desde a implantação do PSF (BRASIL, 2002a; BRASIL, 2004a; CAMPOS; MALIK, 2008).

De um modo geral, várias são as razões dos funcionários não permanecerem numa organização, e a satisfação no trabalho talvez seja um dos fatores mais pesquisados em sua correlação com a rotatividade. Considera-se que a principal causa que leva um profissional a deixar uma organização é seu nível de insatisfação com a função que desempenha.

Através da disciplina ‘Introdução à Estatística’ deste Mestrado, realizou-se uma pesquisa que constava da elaboração de um questionário único criado por toda a turma (Apêndice C), no segundo semestre de 2010. O objeto de estudo foi pesquisar o trabalhador da APS do município, escolhido por conveniência entre profissionais da área de saúde dos postos de Sobral. Cada aluno se responsabilizou por enviar o questionário para seis profissionais (de qualquer função), de dois postos de saúde. Utilizou-se o software ‘Survey

Monkey'⁹ que prepara questionários, envia-os e coleta as respostas por e-mail, e analisa os dados encontrados. Esta pesquisa não foi publicada ainda, entretanto, foi útil para a prática da ferramenta de coleta de dados.

O questionário abordou dados pessoais de sexo e idade, vínculo empregatício, tempo na ESF, tempo na equipe atual de trabalho, e nível de satisfação no trabalho em relação ao salário, reconhecimento dos usuários, gestão e equipe de trabalho, estrutura física, e duas questões para o entrevistado acrescentar sua opinião sobre a situação atual da ESF. As questões éticas foram atendidas.

Os resultados da pesquisa foram:

- Em relação ao sexo dos entrevistados, 24 eram do sexo feminino (67%) e oito do sexo masculino (33%);

- A média das idades foi de 33 anos;

- Foram analisados 32 questionários;

- Constatou-se que os profissionais médicos mostraram-se a categoria mais insatisfeitos em relação ao salário (49%).

- Nos demais itens, viu-se um nível de satisfação mais elevado, sobretudo com relação ao reconhecimento pela própria equipe de trabalho, que somando-se 'muito satisfeito' e 'satisfeito' chegou-se a 56,24% do total de respostas.

- Quanto ao nível de insatisfação, somando os muito satisfeitos (MS) e os satisfeitos (SAT) chegou-se a 53% com relação ao reconhecimento percebido pelos usuários; enquanto que esta mesma soma (MS + SAT) feita com relação ao reconhecimento pela gestão é de apenas 34%. Destaca-se aqui uma clara diferença em relação a percepção do reconhecimento por parte da gestão e pelos usuários.

Apesar de uma amostra pequena, esta pesquisa foi útil como ferramenta para verificar o nível de satisfação dos trabalhadores dos postos de saúde do município.

Campos e Malik (2008), investigaram a existência de correlação entre satisfação no trabalho dos médicos do PSF e a rotatividade desses profissionais, confirmou a hipótese da existência de correlação negativa, ou seja, quanto maior a satisfação geral dos médicos, menor a rotatividade.

A flexibilização das relações trabalhistas fortemente representa uma das maiores causas de rotatividade médica (BRASIL, 2002a; MACHADO, 2002; DAL POZ, 2002;

⁹ Disponível em <http://pt.surveymonkey.com/home/>. Acesso em 22.09.2010.

GIRARDI; CARVALHO, 2003), não tendo o vínculo de trabalho uma padronização, como já visto.

As condições de trabalho (com sobrecarga de atendimento e funções, precariedade em estrutura física), acrescidos da falta de interação com os outros níveis de atenção à saúde e impossibilidade de se trabalhar com a equipe multidisciplinar, também corroboram para a não permanência do médico na ESF (CAPOZZOLO, 2003).

Estudo em Minas Gerais realizado em 2008 (PERPÉTUO *et al*, 2009), com entrevistas a 690 médicos, distribuídos em 106 municípios do estado buscou caracterizar os condicionantes da atração e retenção dos profissionais médicos que atuam na APS, avaliando sua rotatividade, considerando aspectos profissionais e organizacionais, atributos e expectativas pessoais. Cerca de 17% dos profissionais não pretendiam continuar trabalhando no município atual e 53% já haviam atuado na ESF de outro município, mostrando a chamada “competição predatória” entre municípios (oferta de trabalho dos municípios, cobrindo as oferta de outros, como um ‘leilão’). A pesquisa enfatiza o quanto o componente da gestão influencia (ou não) a retenção dos médicos na ESF. A pesquisa encontrou correlação positiva do valor do salário com a rotatividade: quanto maior o salário pago, maior o giro dos médicos. A medida “elevação dos salários” não pareceu ser eficaz.

Algumas tentativas de atrair e fixar este profissional têm se desenvolvido, principalmente, no que tange à remuneração. Pesquisa nacional realizada em 2001 comprovou a superioridade dos salários dos médicos do Programa de Saúde da Família, em relação às outras especialidades, no mercado. Os salários eram, em média, 76% acima do mercado de trabalho, em torno de R\$ 4.000,00 (quatro mil reais, em valores de 2006). Mesmo assim, outros estudos mostram que somente a compensação financeira não é suficiente para fixar o médico no posto de saúde, diante das demais precárias condições já explanadas (DAL POZ, 2002; MS, 2002a; GIRARDI; CARVALHO, 2003).

2.5 Nova Política da Atenção Básica (PNAB)

Na tentativa de melhorar as condições gerais da ESF, foi publicada a Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011), em que aprimora a antiga Política Nacional de Atenção Básica de 2006, estabelecendo a revisão de diretrizes, normas e financiamento para a organização da Atenção Básica Primária, para a (ESF) e o PACS. Passa a propor uma nova política para toda a APS sem perder o foco estratégico na Estratégia de

Saúde da Família, definindo padrões de referência, monitoramento e qualificação, inclusive a de outros modelos que não seguem a estruturação da Estratégia.

As principais frentes de atuação da nova Política são: fortalecimento da gestão em todos os níveis, fortalecimento do controle social e da participação da comunidade, ações intersetoriais visando uma atenção integral à saúde, renovação da rede física, ampliação do acesso e qualificação da APS¹⁰.

É um desafio também estipular estratégias para a APS ampliada: NASF, Consultório de Rua, Academia da Saúde, Atenção Domiciliar, Saúde na Escola etc. Outro objetivo é estimular a inserção do médico também na Rede de Urgências, intercalando o seu trabalho na APS. Visa também criar uma política de qualidade com avaliação, e recursos vinculados ao alcance de resultados. Propor adequações específicas para as equipes de saúde para áreas de difícil atração e fixação de profissionais; áreas densamente povoadas e comerciais; população sem moradia; etc.

Diante das mudanças sociais, histórias e financeiras no Brasil, torna-se imprescindível para o sistema de saúde contextualizar sua prática, e a nova PNAB vem com esse objetivo.

No campo conceitual, a PNAB mantém a Saúde da Família como a estratégia recomendada para Atenção Primária à Saúde. Mas, ao invés de referir apenas em “médico” nas equipes de Saúde da Família, refere em “médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade”.

Mudança marcante que a PNAB trouxe foi em relação ao objetivo de ampliar a ESF a mais pessoas no país. O Ministério da Saúde ampliou as opções de contratação de médicos para atuar na Estratégia. A medida beneficia, principalmente, os municípios em áreas remotas. Além das quarenta horas semanais, os gestores municipais poderão contratar médicos para prestar atendimento com carga horária de trinta ou vinte horas por semana. Com a decisão, o médico poderá participar de, no máximo, duas equipes de saúde, desde que não ultrapasse a carga horária total de quarenta horas semanais.

A composição da equipe de Saúde da Família permanece a mesma: um médico, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem e até doze agentes comunitários de saúde, independente da modalidade de contratação escolhida.

¹⁰ Disponível em http://www.saude.rs.gov.br/dados/1311947383880redes_apres_heider%20pinto%20APS%20Brasil.pdf

Estas medidas compreendem mais uma tentativa de melhora da APS/ESF, a fim de diminuir o quadro de carência médica e qualidade de atendimento nos postos de saúde.

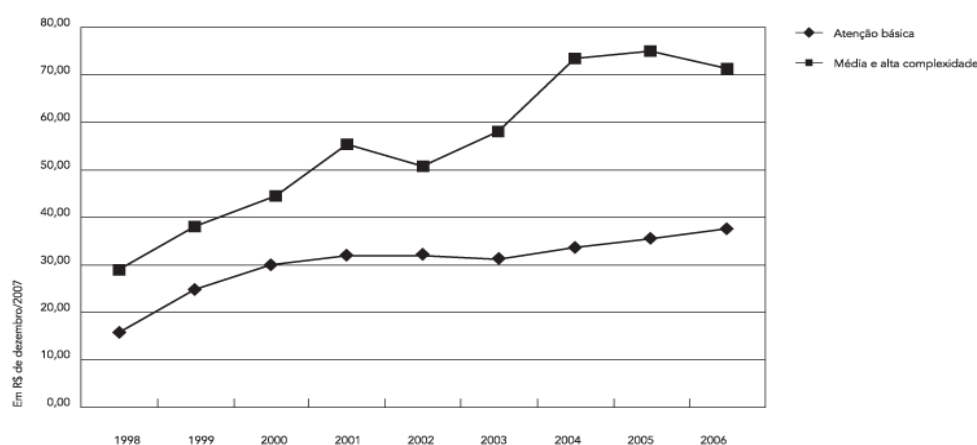
Como o objetivo é dar ênfase à APS, tem-se a expectativa que o quadro de incentivo financeiro melhore para o sistema público de saúde, conseqüentemente, pois

“No conjunto dos países [...] com sistemas de saúde universais consolidado [...], segundo a OMS, o gasto público equivale a 60%, contra 40% do privado. O Brasil vive uma situação inversa. Os gastos públicos representam 45%, para atendimento de toda a população coberta pelo SUS, contra 55% do privado, que em princípio atende apenas um quarto da população brasileira, [...] situação agravada pelo subfinanciamento crônico [...]. Quando se olha para as grandes regiões do mundo, segundo a OMS, a Europa tem a maior porcentagem de gasto público em relação ao privado, 73,7% contra 23,6%” (CREMESP/CRM, 2011).

Desde 2000, uma das legislações que regula o repasse do orçamento do governo para a saúde é a Emenda 29. Promulgada em 2000, esta previa percentuais do orçamento aplicados na saúde de cada esfera de governo pelos quatro anos seguintes. A partir de 2004, o dispositivo "caducou" e precisava ter sido redefinido por uma nova lei, o que aconteceu apenas em 2011. Com a sanção da presidente Dilma, após quinze vetos, em janeiro deste ano, fica definido que os estados passam a investir 12% de sua arrecadação com impostos e os municípios, 15%, na saúde. O percentual para o Distrito Federal não foi definido. Enfim, não há repasse novo da esfera federal para o financiamento da saúde¹¹.

Gráfico 2

Evolução dos valores per capita (em Reais de dezembro/2007) referentes às transferências federais da atenção básica, e média e alta complexidades, ajustados pela inflação. Brasil, 1998 a 2006.



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do Fundo Nacional de Saúde/Departamento de Informática do SUS/Ministério da Saúde (<http://www.datasus.gov.br>).

¹¹ Disponível em <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/navegue/2012/Janeiro/16/DOU>
<http://www.redebrasilatual.com.br/temas/saude/2012/01/regulamentacao-da-emenda-29-e-sancionada-com-15-vetos>. Acesso em 22.02.2012.

Outra situação que evidencia a iniquidade no financiamento da APS brasileira é a porcentagem de dinheiro destinada a essa, conforme o gráfico 2, onde Castro e Machado (2010) observaram que a APS manteve um padrão ascendente de transferência de financiamento do governo federal entre 1998 e 2001 e a partir de 2003. Se comparada com os serviços de média e alta complexidades, no entanto, embora com oscilações ao longo dos anos, as transferências para estes últimos apresentaram valores *per capita* muito superiores em todo o período, e crescimento bem ascendente entre 2002 e 2004, registrando aumento da distância entre as curvas. Isso evidencia a relativa fragilidade da APS se comparada às pressões do sistema por aumentos de gastos na média e alta complexidades, mesmo quando a primeira é anunciada como prioritária.

Se não houver investimento financeiro e político, controle e avaliação adequados, o quadro da saúde pública brasileira não irá mudar, somente se repetirão as tentativas teóricas de programas focalizados.

2.6 Formação médica e Residência de Medicina de Família e Comunidade

O Governo Federal aumentou sua preocupação com a capacitação dos recursos humanos na área da saúde pública há aproximadamente uma década. Uma das tentativas de educação permanente foi o Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família – PROESF, foi uma tentativa de contribuir para a educação permanente dos profissionais da ESF. O PROESF era uma iniciativa do Ministério da Saúde, apoiada pelo Banco Mundial (BIRD), voltada para a organização e o fortalecimento da Atenção Básica à Saúde. Visava contribuir para a implantação e consolidação da Estratégia de Saúde da Família em municípios brasileiros, em especial para aqueles com mais de 100.000 habitantes. Incluía iniciativas direcionadas para a elevação da qualificação do processo de trabalho e desempenho dos serviços, otimizando e assegurando respostas efetivas para a população (SAÚDE, 2003). Não obtendo resultados esperados, a nova intervenção do Governo Federal foi reforçada pela criação em 2003 da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES (BRASIL, 2009), resultado da aprovada Política Nacional Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. A SGTES assumiu a responsabilidade de formular políticas orientadoras da gestão, formação, qualificação e regulação dos trabalhadores do SUS no Brasil. Para incentivo financeiro e científico para profissionais da saúde e estudantes, criou o

PET-Saúde (Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde) (BRASIL, 2010). Também instituiu o PVPAB (Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica), através da PORTARIA INTERMINISTERIAL MS/MEC Nº 2.087, DE 1º DE SETEMBRO DE 2011 (BRASIL, 2011). Este será discutido mais adiante.

Como já citado anteriormente, muitos médicos que trabalham na ESF, não são capacitados especificamente para o cargo, como mostra pesquisa de 1999, em que, apenas 36,7% dos médicos contratados pelo PSF haviam concluído algum programa de residência médica (MACHADO, 2002). Entretanto, os números têm melhorado, principalmente com a percepção da realidade pelo Ministério da Saúde. Em 2001, havia trinta pólos de capacitação, formação e educação permanente para pessoal da saúde da família nos 27 estados do país (BRASIL, 2002b).

Atualmente, a nova intervenção do governo federal está reforçada pela criação em 2003 da SGTES (Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde) (BRASIL, 2009), resultado da aprovada Política Nacional Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. A SGTES assumiu a responsabilidade de formular políticas orientadoras da gestão, formação, qualificação e regulação dos trabalhadores do SUS no Brasil.

Para Maciel Filho e Branco (2008), o que determina o mercado de trabalho para o médico é, principalmente, o sistema de ensino e o modelo de atenção à saúde vigente no país. O sistema formador é pressionado por demandas diversas, sociais, tecnológicas, econômicas, político-ideológicas, incluindo a organização da assistência à saúde.

A formação médica sempre foi acompanhada de uma expectativa onde o profissional formado possuiria muitas vantagens sociais, bem como trabalhistas. Concordam MOREIRA *et al* (2006) ao afirmarem que um dos fatores determinantes para a escolha do curso de Medicina são busca da independência financeira e de status.

O médico sempre teve a cultura da formação na capital do Estado e permanecia lá após terminar seu curso, pois era onde se encontravam os melhores e maiores hospitais. (MACIEL FILHO; PIERANTON, 2004; MACIEL FILHO; BRANCO, 2008).

Sobre o antigo médico de família no Brasil, o modelo de formação e prática seguia os médicos europeus, geralmente inspirados por lá, onde se formavam. Médicos restritos a uma parcela da população, a quem podia pagar. Não havia convênios, associações, vínculos públicos. Os menos abastados eram assistidos pelas Santas Casas de Misericórdias. Com o advento dos vínculos assalariados trabalhistas, principalmente, públicos, os médicos foram sendo empregados por alguma instituição e não mais autônomos (DONNANGELO, 1975; MÉDICI *et al.*, 1992).

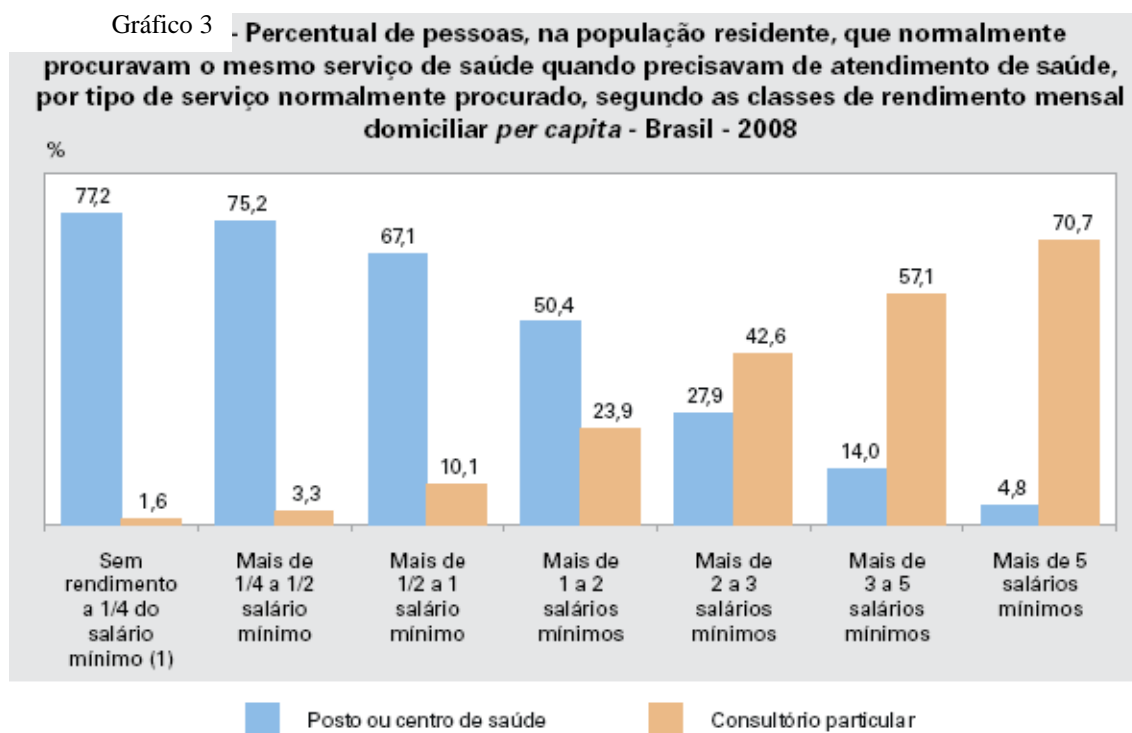
ACRESCENTAR MAIS DA HISTÓRIA DA MEDICINA FAMILIAR

A história da Medicina de Família e Comunidade se iniciou no Brasil por Medicina Geral e Comunitária (MGC), quando foi fundada a Sociedade Brasileira de Medicina Geral e Comunitária (SBMGC) em 1981. Alguns anos antes, em 1976, já havia se formado o curso de Residência em MGC no Rio Grande do Sul, acompanhado também pela Universidade Federal de Pernambuco. Reconhecidos pela Comissão Nacional de Residência Médica (CARM), os programas de residência em MGC foram se multiplicando. Continuando a se firmar, a MGC foi reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) como especialidade médica em 1986. A mesma SBMGC muda de nome e passa a se chamar Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), com a então conhecida hoje MFC, aceita pelo CFM em 2003 (FALK, 2004, 2006; LAMPERT, 2001; SBMFC, 2006a).

O foco na formação do egresso da Residência de Medicina de Família e Comunidade (RMFC) é ele dominar a clínica baseada em evidências científicas, além de ser capaz de compreender e agir, de forma contextualizada, para ajudar na saúde das pessoas, com a saúde da família e da sociedade, a partir do paradigma do cuidado integral (ANDERSON *et al*, 2005). A RMFC vem ganhando expressão diante das outras especialidades (FALK, 2004), mas a curtos passos. Com os fatores desestimulantes para seguir a carreira de Medicina de Família, alunos graduandos que mantiveram contato precoce com a APS num curso de Medicina do Ceará, decidiram não se especializar nesta área, como mostra Cavalcante Neto (2008). Conforme o mesmo autor, as prováveis justificativas para esse desinteresse foram as precárias condições de trabalho, desvalorização da atividade, baixos salários, necessidade de interiorizar-se para ganhar melhor e poucas perspectivas de crescimento profissional. Ele entrevistou a maioria dos alunos de sete turmas de Medicina em diferentes períodos do curso (40 alunos/turma, em média), e encontrou somente um aluno, no primeiro semestre da faculdade, que desejava seguir a MFC. Desde a primeira turma, a nova Reforma Curricular já se encontrava em prática (o que se relatará a frente).

Como há uma referência social de valor elevado em ser médico (a profissão representa status e destaque na sociedade), outro motivo de os egressos não procurarem a MFC, é uma desvalorização da atividade na APS, pela prática de ter como pacientes pessoas de condição financeira carente. Confirmando esse fato, dados da Pesquisa Nacional por Amostra de

Domicílios 2008, do IBGE¹², relacionam que, quanto maior a renda do entrevistado, menor é a frequência que ele procura o serviço de saúde público primário, como se vê no gráfico 3. Os frequentadores dos postos de saúde são os mais pobres.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008.

“Os próprios médicos [atuantes na ESF] não percebem ou valorizam a formação em Saúde da Família como uma especialidade médica” e consideram seu trabalho como uma espécie de “válvula de escape”, enquanto não ingressam em uma residência médica, concluíram Ronzan e Ribeiro (2004), em um estudo qualitativo com médicos de Minas Gerais.

Os estudantes da graduação não têm sinalizado pela MFC como uma das carreiras principais, já que a escolha da especialidade na faculdade tende a ocorrer nos primeiros anos de curso, segundo Cabral Filho e Ribeiro (2004). “O que parece haver uma certa incongruência entre o que os futuros médicos almejam em suas carreiras e as necessidades do Sistema de Saúde”, em resposta à demanda do SUS do novo modelo (CAVALCANTE NETO, 2008). Diversas vagas pelo Brasil foram oferecidas a fim de preencher essa carência de especialista em Saúde da Família, mas as intenções profissionais dos futuros médicos não

¹² IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2007-2008. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2008/tabsintese.shtml>, Acesso em 22 de agosto de 2011

coincidem com as expectativas dos gestores (VAN OFFENBEEK; KIEWIET; OOSTERHUIS, 2006).

Conforme a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade há em média, 1800 médicos titulados nesta especialidade¹³. Esse dado é preocupante para a Atenção Básica brasileira, visto haver 40. 274 equipes de saúde da família, dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)¹⁴, ou seja, uma relação de aproximadamente 0,5 médico/equipe. Logo, sem alteração em relação ao número anteriormente citado, de 2011.

Um estudo de uma Universidade Espanhola revelou um panorama quanto à necessidade de médicos especialistas no Brasil estimado para os próximos oito anos. Denominado “*Oferta, demanda y necesidad de médicos especialistas en Brasil – Proyecciones a 2020*”, através de dados oficiais da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), faz-se acreditar que existam algumas situações que contribuem para esse quadro de dificuldade de profissional médico na ESF e sejam hipóteses para justificar a situação vigente no país. O estudo demonstra que até 2020, se as vagas de residência se mantiverem com mesmo quadro atual, baseado em padrões internacionais dos melhores de sistemas de saúde do mundo, haverá grande déficit em especialidades como MFC, otorrinolaringologia, endocrinologia, dermatologia e neurologia. Dentre estas especialidades, a que terá o maior déficit absoluto, em termo de número de profissionais, é a Medicina de Família e Comunidade. Por outro lado, algumas especialidades como oftalmologia, pediatria, clínica médica e ginecologia e obstetrícia terão um superávit se este modelo que se tem adotado for mantido, sendo este um dos mais completos estudos prospectivo sobre as necessidades de especialidades, já realizado a partir de base de dados brasileiros (PEREZ, 2011).

A não-orientação dos futuros médicos pela MFC ocorre, apesar dos novos currículos de graduação dar maior ênfase à APS, após implantação nacional em 1991, das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição, aprofundando o enfoque em Atenção Primária (BRASIL, 2001b). Na mesma época, no caso do Ceará, a Comissão de Reforma Curricular, também reavaliava o ensino médico (COMISSÃO DE REFORMA CURRICULAR, 2001).

Outra questão relevante que tensiona a formação médica hospitalocêntrica com os princípios do SUS é a falta de preocupação e capacitação de como se trabalhar com uma equipe interdisciplinar. Segundo Almeida e Mishima (2001), a revisão do papel do médico como central e hegemônico na equipe de saúde torna-se imperativa, pois se compreende que a

¹³ Disponível em http://www.sbmfc.org.br/media/file/Titulados_TEMFC01a11.pdf.

¹⁴ Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/equipebr.def>.

Saúde da Família pode se estender para além de um trabalho técnico hierarquizado, para um trabalho com interação social entre os trabalhadores, com maior horizontalidade dos diferentes poderes, possibilitando maior autonomia e criatividade dos agentes e maior integração da equipe. A hierarquização médica resulta em um grande conflito com a implantação de um sistema que “orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social” (BRASIL, 2006). Logo, a prática e a formação médica não devem caminhar numa direção contrária aos princípios do SUS, com uma práxis com modos de atuação incompatíveis com o que fora teorizado. Conforme nos adverte Camargo Jr. (2003, p. 39):

“É imperativo reconhecer que indivíduos isolados, ou mesmo categorias profissionais inteiras, são limitados para dar conta de fato do espectro de demandas apresentadas pelos sujeitos que sofrem. Isto afirma o trabalho interdisciplinar e multiprofissional como necessidade fundamental”.

Para Gomes (*apud* LOCH-NECKEL *et al*, 2009), o saber interdisciplinar dá condições ao profissional de saúde de perceber o homem em sua integralidade, necessitando, assim, de uma visão mais ampla, que ultrapasse a sua especificidade profissional, e que caminhe na direção da compreensão das implicações sociais decorrentes de sua prática. Esta mudança acarreta o fim da hegemonia de alguns saberes sobre outros, principalmente do saber médico, tão valorizado na concepção biológica do processo saúde-doença.

2.7 Atrativos para fixação de médicos na ESF

Estudo do Observatório RH da Secretaria de Saúde de São Paulo realizou pesquisa aplicada a egressos da residência médica no período no ano de 1996 no Brasil, no período entre 2007/2008, avaliando a dinâmica estabelecida entre a formação de profissionais na área da saúde e o mercado de trabalho. Os resultados foram: 82% continuaram trabalhando na mesma unidade da federação que terminaram a pós-graduação, a graduação e residência médica representaram importante mecanismo de fixação de profissionais, acompanhados de projetos de carreira/trajetória profissional. A taxa de retenção que a graduação fixou foi 70% dos egressos e a residência, 82%, concluindo, que no Brasil, a residência médica tem sido a melhor estratégia para fixação de médicos (SEIXAS, 2008).

Tabela 2: Distribuição percentual dos médicos, por motivos pelos quais sairiam da ESF, segundo o tempo de formado, Minas Gerais, 2008.

Motivos pelos quais quer sair ou pelos quais sairia da ESF	Total	Tempo de formado *			
		Menos de 2 anos	2 a 4 anos	5 a 9 anos	10 ou mais
Médicos que gostariam de continuar na ESF					
Para fazer residência	15,6	65,6	34,2	2,1	4,1
Processo de trabalho da ESF (1)	17,1	12,5	13,2	22,9	17,2
Gestão de RH (2)	26,6	9,4	23,7	37,5	27,6
Condições de trabalho (3)	14,1	3,1	13,2	8,3	18,6
Interferência política	21,3	9,4	15,8	20,8	25,5
Falta de valorização da ESF	0,4	-	-	-	0,7
Outro	4,9	-	-	8,3	6,2
Total	78,7	100,0	100,0	100,0	100,0
N	263	32	38	48	145
Médicos que NÃO gostariam de continuar na ESF					
Para fazer residência	49,1	90,5	36,4	44,4	-
Processo de trabalho da ESF (1)	14,5	-	9,1	11,1	42,9
Gestão de RH (2)	21,8	9,5	54,5	22,2	14,3
Condições de trabalho (3)	3,6	-	-	11,1	7,1
Interferência política	7,3	-	-	11,1	21,4
Falta de valorização da ESF	-	-	-	-	-
Outro	3,6	-	-	-	14,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
N	55	21	11	9	14

Notas: * Há evidência suficiente para apoiar a afirmação de que há diferenças entre as categorias "tempo de formado" em relação a todas as características analisadas ($p < .01$).

(1) Excesso de trabalho, jornada de 40h semanais e falta de identificação com a abordagem do ESF.

(2) Contrato sem garantias trabalhistas, falta de perspectiva de carreira, remuneração insatisfatória e problemas de relacionamento com a gerência/ outros membros da equipe.

(3) Falta de retaguarda da rede especializada e de urgência/emergência, más condições físicas da UBS e escassez de materiais para o trabalho, UBSmuito distante do local de residência e agressões/ameaças .

Perpétuo *et al* (2009) com seu estudo mineiro (já citado), concluíram que os fatores mais encontrados entre os profissionais com maior permanência numa mesma equipe de saúde e município foram: tempo de formado há mais de 10 anos , identificação com o tipo de trabalho, pós-graduação nas clínicas básicas ou em saúde da família, vínculo empregatício estatutários/selecionados por concurso público e ter vínculo ou cônjuge e filhos na região onde trabalhavam. O fator que mais foi relacionado à fixação ou à rotatividade, foi a sensação do profissional de estar capacitado para exercer suas funções de prática médica. O salário atraiu, mas não foi importante fator de permanência. Na tabela 2, vê-se que os médicos que não gostariam de continuar trabalhando na estratégia informaram que sairiam por três motivos principais: fazer residência, citado por quase 50% dos profissionais; problemas de gestão de recursos humanos, por 22%; e processo de trabalho da ESF, por 14%.

Diante desses e de outros fatos, na atual preocupação do Governo Federal em levar médicos às áreas de difícil provimento e fixação de profissionais, o Ministério da Saúde lança mais uma tentativa de interiorização de médicos do Brasil, através da SGTES: O PVPAB (Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica), através da Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.087, de 1º de setembro de 2011. Como estratégia de implantação, a CNRM emitiu a resolução nº 3 de 16/09/2011, para estimular o médico recém-formado a aderir ao Programa. Os recém-formados que participarem do PVPAB por um ou dois anos receberão pontuação adicional de 10 ou 20%, respectivamente, sobre a pontuação total obtida no processo de seleção pública dos Programas de Residência Médica.

Este programa torna-se uma das ferramentas da PNAB, pois tem ações pactuadas com o MEC, elaborando estratégias de distribuição, fixação e desenvolvimento dos profissionais de saúde, para garantir a “Saúde em Todo Lugar”, pela pontuação específica na residência médica para profissionais que atuem na ESF. Outras ações tomadas serão: oferta de especialização a todos os profissionais da APS, telessaúde, pisos e tetos de remuneração pactuados regionalmente, entre outras.

No entanto, há críticas a esta medida. O PVPAB tem características de frágil viabilidade, pois é dirigido a médicos recém-formados, sem Residência Médica e, portanto, sem treinamento. Outro ponto não esclarecido do PVPAB é a suposta “supervisão presencial e à distância”, com grande dificuldade de operacionalização em condições precárias de trabalho e assistência.

Semelhante ao projeto de serviço civil voluntário, o PVPAB oferece como vantagem um “bônus” que facilitará o futuro ingresso do candidato na Residência Médica. Tal atrativo pode ser, inclusive, um fator de desistência e de não fixação do médico no programa.

Devido à insuficiência de vagas para todos os formandos de Medicina, algumas instituições médicas não aprovam as cotas de ingresso nos concursos de Residência, pois são muito disputados. Defendem que o ingresso deve ocorrer segundo o mérito e a capacidade de cada um, com concursos justos, sem privilégios ou distinções entre os candidatos.

3 METODOLOGIA

3.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, exploratório, individuado, observacional, com análise descritiva do discurso proferido pelos sujeitos. Essa metodologia traz um caráter fenomenológico, uma vez que valoriza as narrativas de experiências vividas, atribuindo-lhes caráter objetivo, racional e de rigor.

3.2 O cenário do estudo: Sobral

A implantação do PSF no município se deu a partir de 1998, bem aceita pela gestão da época, inclusive sendo o secretário municipal incentivador nacional do sucesso do Programa. Logo, pelo apoio político e das equipes recentemente formadas, os resultados se mostraram animadores, como o aumento de cobertura para pré-natal, aleitamento materno exclusivo e vacinas em dia, diminuição das taxas de mortalidade infantil e desnutrição, além de iniciar cursos de capacitação para os trabalhadores do novo sistema baseado no SUS, como a residência multiprofissional em Saúde da Família¹⁵.

Em 2005, Sobral participou do I Concurso Público Unificado de Base Local no Estado / Programa Saúde da Família, a fim de ocupar seus cargos de médicos na ESF, já que os que passassem teriam vínculo estatutário municipal. Mesmo com os médicos aprovados e convocados, os postos de saúde não foram povoados significativamente, pois muitos pediram exoneração de seus cargos, principalmente por serem aprovados em provas de residência ou em outro concurso de vínculo empregatício mais atraente (este sendo o caso da pesquisadora).

Pelos dados mais atualizados, o município conta com 27 unidades de saúde, 8 unidades de apoio de atendimento, 48 equipes, e 35 médicos nas equipes, em média¹⁶.

3.3 Sujeitos de investigação

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, a três médicos na ESF, em exercício no município escolhido, a fim de se obter respostas para os objetivos da pesquisa.

¹⁵ Disponível em http://www.esf.org.br/downloads/sanare/Sanare_v1_n1.pdf.

¹⁶ Disponível em <http://www.sobral.ce.gov.br/sec/saude/index.php>.

Os participantes foram escolhidos após julgamento dos pesquisadores por conveniência, tendo como critério de seleção a existência de opiniões supostamente divergentes, sob diferentes olhares, e em estágios de carreira profissional distintas. E, após o julgamento das respostas, como os objetivos da pesquisa forem atendidos, cessaram as entrevistas.

Os participantes foram solicitados a narrar sobre sua formação profissional, a partir uma “pergunta gerativa de narração” (RIEMANN; SCHUTZE, 1987, p.353, *apud* FLICK, 2009), a fim de discorrerem sobre sua formação profissional, motivações, influências e outros aspectos relevantes.

As entrevistas abordaram os seguintes eixos, a partir das narrativas: experiência individual na Atenção Primária; papel e realidade sobre médico de família; sustentabilidade deste médico na ESF e razões motivadoras de médicos a decidirem, ou não, pela MFC como especialidade.

Os resultados dessa pesquisa serão divulgados através de artigos em revistas científicas, dando preferência àquelas das áreas de Interdisciplinaridade, Saúde Coletiva e Medicina de Família.

3.4 Referencial teórico

Utilizou-se a técnica das entrevistas semi-estruturadas que são conduzidas com base em uma estrutura flexível, consistindo em questões abertas que definem a área a ser explorada, pelo menos inicialmente, e a partir da qual o entrevistador ou a pessoa entrevistada, podem divergir a fim de prosseguir com uma ideia ou resposta em maiores detalhes (POPE, 2009).

A pesquisa possui uma abordagem qualitativa, utilizando-se o método das Narrativas de Auto-Formação, muito utilizado na área educacional. A escolha desse tipo de abordagem surge do interesse de, a partir das histórias de vida e experiências, melhor compreender os processos de formação dos entrevistados, as circunstâncias em que eles estão inseridos atualmente. Segundo Nóvoa (1993, p. 18):

“[...] a utilização contemporânea das abordagens (auto) biográficas é fruto da insatisfação das ciências sociais em relação ao tipo de saber produzido e da necessidade de uma renovação dos modos de conhecimento científico [...] a nova atenção concedida [para esse tipo de abordagem] no campo científico é expressão de um movimento social mais amplo...encontramo-nos perante uma mutação cultural que, pouco a pouco, faz reaparecer os sujeitos face às estruturas e aos sistemas, a qualidade face à quantidade, a vivência face ao instituído”.

Com os professores, as pesquisas baseados nas histórias de suas vidas, como método de investigação qualitativa e como prática de formação, desejam diagnosticar, através de seu trajeto pessoal e profissional, assuntos de interesse para se discutir questões, como: as razões da escolha profissional, as especificidades das diferentes fases da carreira de ensino, a construção da identidade de trabalho, as relações entre a ação educativa e as políticas educacionais. Os trabalhos objetivam conhecer o modo pelo qual os professores-narradores-autores representam o próprio trabalho de biografização. (PASSEGGI *et al.*, 2011).

Assim, com inspiração nos profissionais docentes, pretende-se conhecer, através das histórias de auto-formação dos doutores-narradores-autores, nesse caso, como sua carreira no ensino superior (decisão pelo curso de Medicina, graduação, prática de trabalho, residência médica e demais pós-graduações), desencadeou-se, e através disso, intenta-se também na reflexão de motivações de vida, com intercessão na carreira da Medicina de Família.

Para explicar a formação da memória de longa duração, que os entrevistados resgataram, diz Izquierdo (2004) que as memórias não são adquiridas imediatamente na sua forma final. Durante os primeiros minutos, ou horas, após sua aquisição, elas são suscetíveis à interferência por outras memórias. De fato, a formação de uma memória de longa duração envolve uma série de processos metabólicos no hipocampo, e em outras estruturas cerebrais, que compreendem diversas fases e que requerem entre três e oito horas. Enquanto esses processos não estiverem concluídos, as memórias de longa duração são instáveis. O conjunto desses processos e o seu resultado final são denominados de consolidação. Portanto, os sujeitos, ao resgatarem a memória antiga, também apresentam suas ideias com intercessão das lembranças mais recentes, sendo assim, influenciados pelo contexto em que vivem.

A memória autobiográfica tem como ponto de apoio essas memórias consolidadas. Mas, como o mesmo autor afirma, um acontecimento só é mantido na memória, e passível de ser recuperado, se for acompanhado de uma forte carga emocional.

“As memórias emocionais são gravadas juntamente com a emoção que as acompanha, e da qual boa parte consiste, o que implica que foram guardadas num momento de hiperatividade dos sistemas hormonais” (IZQUIERDO, 2004, p. 31).

Nesse contexto amplo, considera-se o resgate da memória autobiográfica como uma promissora possibilidade metodológica de formação continuada e auto-formação, ressaltando as trajetórias e projetos, por meio das narrativas num tempo-espaco da cultura e com uma função interpretativa, ponte entre o passado e o futuro, que incorpora todo o vivido,

re-construído e aponta para a compreensão de um sentido-saber rearticulado, refeito, religado (BRANDÃO, 2008).

Ao focar a memória autobiográfica como metodologia de investigação-formação, na perspectiva do indivíduo que é objeto e sujeito da formação Josso (2002), destaca o conceito de projeto, como possibilidade de ampliação dessas discussões, e afirma:

“[...] as histórias de vida postas ao serviço de um projecto são necessariamente adaptadas à perspectiva definida pelo projecto no qual elas se inserem, enquanto que as histórias de vida, no verdadeiro sentido do termo, abarcam a globalidade da vida em todos os seus registos, todas as dimensões passadas, presentes e futuras e na sua dinâmica própria” (JOSSO, 2002, p. 21).

Os entrevistados narraram sobre seus projetos nas várias fases de formação profissional, decorreram sobre suas motivações, e planos de execução dos mesmos. Alguns deles não se realizaram, ou até se tornaram insignificantes diante de novos desafios que os sujeitos se depararam. Suas decisões não são isoladas do meio em que vivem, sendo conscientes ou não, da influência deste, pelo determinismo histórico.

“Nunca estamos sós”, diz Halbwachs (1990), reforçando sua tese de que toda a lembrança, mesmo tida pelo indivíduo como única, prende-se de alguma maneira ao contexto social mais amplo. Lembrar é reconstruir o passado a partir dos quadros sociais do presente, é uma lembrança consciente. Ela também se apóia no tempo socialmente referido – a memória está no grupo – e o trabalho de reconstrução do passado só pode ser realizado nesse contexto.

O indivíduo é influenciado e influencia, formando um elo numa corrente sem fim, o que se chama “saber”, que constrói e dá sentido à trajetória humana. A memória estabelece, pois, a identidade e, como diz Izquierdo (2004), “somos quem somos porque nos lembramos [...] a memória estabelece nossa individualidade”.

Logo, na trama das narrativas autobiográficas – tecidas pelos profissionais narradores – encontra-se ‘o saber articulador’. Trazidas pela memória, as experiências de vida-trabalho devem ser consideradas não como portadoras de soluções já prontas, e “sim como um problema criativo susceptível de abrir novas possibilidades” (SANTOS, 2000).

Na sociedade em que se vive – de consumo, alta tecnologia e tempo acelerado – pode parecer contraditório a utilização da perspectiva autobiográfica na busca dos sentidos, por meio das narrativas, por resgatar o passado. No entanto, é exatamente por meio dela que se procura encontrar e explicitar um entendimento interno, e um sentido ampliado para o ser-estar no mundo, com os saberes-fazeres. Nessa perspectiva, pesquisa-se o movimento desenhado pela prática, buscando o sentido amplo da trajetória, unindo saber e ação que se superpõem e retroalimentam, em um movimento incessante e infinito. É a possibilidade, na

qual se acredita, para o entendimento-ação na sociedade da sobremodernidade (BALANDIER, 1992).

Na compreensão dos dados, a metodologia de Análise de Discurso (AD) como método de análise das falas foi escolhida. Análise de Discurso Francesa tem suas origens na década de 1960, com o filósofo francês Michel Pêcheux. Ele publica em 1969 a obra *Análise automática do discurso*, endereçando-a a cientistas sociais como uma técnica de análise que, ao mesmo tempo em que se propõe como princípio metodológico, permitia vislumbrar as bases teóricas que convergem para a inserção de questões, até então, deixadas de lado pela comunidade acadêmica na realização de pesquisas no campo social.¹⁷

Ainda sobre o conceito e início da prática do método, tem-se:

“O processo de Análise Discursiva tem a pretensão de interrogar os sentidos estabelecidos em diversas formas de produção, que podem ser verbais e não verbais, bastando que sua materialidade produza sentidos para interpretação... Um dos fundadores dos estudos sobre o discurso foi Michel Pêcheux, estabelecendo a relação existente no discurso entre língua/sujeito/história ou língua/ideologia; portanto, quem segue este princípio pode afirmar uma filiação com a AD da linha francesa” (CAREGNATO; MUTTI, 2006).

Para complementação conceitual Iniguez e Antaki (1994), explanam melhor a cerca do discurso:

“Um discurso é um conjunto de práticas linguísticas que mantêm e promovem certas relações sociais. A análise consiste em estudar como essas práticas atuam no presente, mantendo e promovendo essas relações: e trazer à luz o poder da linguagem como uma pratica constituinte e reguladora” (INIGUEZ; ANTAKI, 1994, p. 63).

Da perspectiva de Billig (1987), qualquer mensagem discursiva é ambígua, e todas exigem um esforço interpretativo do/a investigador/a. Nesse sentido, o papel do investigador não consiste em seguir direções de análise que conduzam a um objetivo predeterminado, e sim interagir com os argumentos inerentes aquilo que dizem os sujeitos e, usando toda a gama de ferramentas analíticas a seu dispor, trazer à luz tudo aquilo que não está explicitado. Por isso, as conclusões no fim da pesquisa, excedem às expectativas esperadas. O investigador é, num certo sentido, um profissional cético, encarregado de contextualizar a realidade social através da interrogação da compreensão da linguagem usada.

Para a interpretação através da AD, portanto, não há mais lugar para se pensar o signo, funcionando separadamente da fala, separadamente de quem o fala (sujeito),

¹⁷ http://www.erebiosul2.ufsc.br/trabalhos_arquivos/comunicacoes%20contribuicoesdaanalise.pdf pelo orientador da pesquisa, acesso em 12/12/2011.

separadamente de sua história, que o induz (ideologia) em sujeito. O sentido, por consequência, se constitui durante o discurso, que é tido como efeito de sentidos entre interlocutores. Ele não existe independentemente dos sujeitos (determinados historicamente) entre os quais o discurso se efetiva, conforme afirma Orlandi (1994):

“A relação com o simbólico é uma relação com a interpretação. Ela está na base da própria constituição do sentido. Diante de qualquer objeto simbólico, o sujeito é instado a interpretar, a dar sentido. E o faz determinado pela história, pela natureza do fato simbólico, pela língua. Aí está o princípio mesmo da ideologia: não há sentido sem interpretação, mas este processo de constituição de sentido (sua historicidade) não é transparente para o sujeito. Ao contrário, é através de um processo imaginário que o sentido se produz no sujeito na relação que interliga linguagem/pensamento/mundo. A interpretação (a ideologia) é assim necessária: não há discurso sem sujeito nem sujeito sem ideologia” (ORLANDI, 1997, p. 26).

A AD vem como uma ferramenta para compreensão dos sentidos das falas, levando o pesquisador a entender, diante de um contexto, as motivações dos projetos de auto-formação dos sujeitos pesquisados.

3.5 Limitações dos métodos

Considera-se fundamental, neste ponto, salientar a consciência das limitações impostas a essa metodologia.

Os médicos rotineiramente entrevistam os pacientes durante seu trabalho e podem ficar se perguntando se simplesmente conversar com as pessoas constitui uma forma legítima de pesquisa. Porém, a pesquisa qualitativa, através de entrevistas, é uma técnica bem estabelecida na sociologia e áreas afins, como afirma Pope (2009). A fim de definir a transição da consulta para a entrevista de pesquisa, os pesquisadores médicos precisam monitorar sua própria técnica de entrevista, avaliando criticamente as gravações de áudio, conforme foi inspecionado e revisto pelo orientador da pesquisa.

Sabe-se da subjetividade que permeia a Narrativa de Auto-Formação e, portanto, da impossibilidade de uma avaliação objetiva, já que se leva em consideração a memória dos processos vividos. Deve-se ter presente que um fato narrado é re-elaborado e reconstruído pelos vários mecanismos, conscientes e inconscientes, que atuam na formação, consolidação e recuperação das lembranças, tanto na perspectiva neurobiológica, como na das influências do meio sócio-histórico onde vive o “sujeito de memória”. Nessa perspectiva os esquecimentos, e os silêncios, têm um papel crucial. O que é, quando falar ou calar? Sobre esse assunto, Gagnebin (1999, p. 3) afirma que:

“[...] o fluxo constitutivo da memória é atravessado pelo refluxo do esquecimento, e este não seria só uma falha, um “branco” de memória, mas também uma atividade que apaga, renuncia, recorta, opõe ao infinito a memória, a finitude necessária da morte e a inscreve no âmbito da narração”.

Ainda sobre o método, Santos (2000) comenta que, nos relatos autobiográficos, quanto de realidade existe nas figuras – personagens – e nos cenários? E qual o “papel” do narrador? Ao contar, o narrador – herói possível – reconstrói sua história e as figuras que dela fizeram parte, é o passado que, chamado e filtrado pelo presente, volta re-elaborado em sua verdade possível. Complementa Halbwachs (1990), “para algumas lembranças reais, junta-se uma massa compacta de lembranças fictícias”.

Em relação à práxis de Análise de Discurso, suas críticas se dão em torno do ponto de, muitas vezes, os estudos analíticos de conversação perdem-se no detalhe formal, ou seja, isolam partículas e sequências cada vez menores do contexto da interação como um todo (FLICK, 2009).

3.6 Questões éticas

A pesquisa pautou-se por se adequar aos princípios básicos da bioética: beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça, como preconizados pela Resolução 196/96 (BRASIL, 2006a).

A beneficência pondera entre riscos e benefícios, tanto atuais como potenciais, individuais ou coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos, garantindo que também danos previsíveis serão evitados (não maleficência).

O Relatório Belmont (1978 *apud* ESTIGARA, 2006), primeiro documento publicado relacionado à pesquisa com humanos, incluía a não-maleficência como parte da beneficência. O Relatório estabeleceu que duas regras gerais podem ser formuladas como expressões complementares de uma ação benéfica: não causar o mal e maximizar os benefícios possíveis, minimizando os danos possíveis.

A justiça e a equidade se evidenciam na relevância social da pesquisa com vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa e minimização do ônus para os sujeitos vulneráveis, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária.

A autonomia foi expressa através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), seguido por uma carta de apresentação da pesquisadora (Apêndices A e B). Neste

sentido, a pesquisa atende o requisito de tratamento adequado com os entrevistados: devendo sempre tratá-los em sua dignidade, respeitá-los em sua autonomia e defendê-los em sua vulnerabilidade.

Trata-se o Consentimento Livre e Esclarecido de uma decisão voluntária, realizada por pessoa autônoma e capaz, após um processo informativo e deliberativo, visando à aceitação de um tratamento específico ou experimentação, sabendo da natureza do mesmo, das suas conseqüências e dos seus riscos. A emissão dessa decisão vem corporificada no documento TCLE.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú, localizado à Avenida Comandante Maurocélvio Rocha Ponte, 150 – Derby – Sobral/CE – 62.040-370; telefones: (88) 3677-4255 / (88) 3677-4242, e-mail: uva_comitedeetica@hotmail.com, (Protocolo nº 1098), sendo aprovado com recomendações (Anexo).

A obtenção do consentimento se deu através de leitura do TCLE pelo próprio pesquisado, na entrevista, em suas respectivas residências (uma entrevista aconteceu na Faculdade de Medicina), sendo esclarecida imediatamente qualquer dúvida que surgisse.

Os entrevistados foram interrogados depois que leram, concordaram e assinaram o TCLE. Para preservar o anonimato, este documento foi assinado e guardado pelos médicos sujeitos da pesquisa. Todos os profissionais elencados para as entrevistas aceitaram participar do estudo.

Na pesquisa qualitativa, principalmente quando se trata de poucos entrevistados, em um ambiente comum a todos, e através de histórias de vida, são de uma maior dificuldade de garantir o anonimato, pois o objetivo é aprofundar as informações. Para que a garantia dessa condição ética seja preservada, alguns passos foram tomados, como mudar o nome dos participantes, não exibir dados específicos e inerentes somente àquele entrevistado, além da ciência e assinatura do TCLE (POPE, 2009; FLICK, 2009). Ademais, ao fim da transcrição e análise das falas, estas foram lhes encaminhado por e-mail, tanto para aprovação de seus dados narrados, como para atender a um objetivo específico proposto por este estudo, recomendado por Pope (2009), para garantir também a confidencialidade.

4 ANÁLISE DAS NARRATIVAS MÉDICAS

4.1 “... No PSF existe o estigma do fracasso...”.

O primeiro médico entrevistado é o doutor de pseudônimo Hipócrates, que é médico de família e comunidade, titulado pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, formado pela Universidade Federal do Ceará, 34 anos.

Seu codinome foi escolhido Hipócrates por este médico grego ter sido um grande estudioso da Medicina, conhecido por sua ética e conhecimentos técnicos da profissão, o que nos remete ao colega atualmente entrevistado¹⁸.

Na infância, como toda criança, começou a imaginar o que seria “quando crescesse”; e, como se interessava pelas ciências exatas, até o ensino fundamental, sonhava em ser engenheiro. Somente a partir do contato com os estudos do corpo humano, é que seu foco mudou para as ciências biológicas, em torno da pré-adolescência, e não mudou mais de opinião em relação à profissão.

Estava determinado a ser médico, pois o motivo principal da escolha foi o estudo da biologia, a motivação tecnicista. Não lembra ou reconhece influências familiares fortes da mesma profissão (apesar de as possuir), tão pouco motivos sociais ou de ordem financeira o impeliram para a carreira.

“[...] não tinha muito interesse na época na parte social da coisa, na parte de boa vontade, não,... menino novo não pensa muito nisso não, é mais egoísta, meu interesse mesmo foi estudar biologia, esse foi o interesse mesmo inicial.”

Como foi um bom aluno, logo que terminou o ensino médio, passou no primeiro vestibular em que se inscreveu, sem precisar entrar em cursinhos preparatórios para este.

Mas, se não passasse na primeira vez, arquitetava um plano B: fazer psicologia, uma vez que o estudo da *psiquê* lhe era simpático. Cursos tão diferentes, abordagens distintas. Desde então já se nota uma ambigüidade nas escolhas de Hipócrates.

A figura do médico, no seu conceito, era-lhe respeitável, de boa aparência, enfim, de destaque, pois não admitia valores diferentes, pelo que via em sua rotina de casa e com alguns exemplos que observava em sua realidade.

Em relação à sua decisão pela especialidade em questão (medicina de família), esta não se deu por estímulo da graduação. Pelo contrário, o curso o desencorajou, pelo arranjo com que era estruturado o currículo de disciplinas na época que cursou a faculdade. O contato com a Atenção Primária (AP) deu-se logo no primeiro semestre, na disciplina de Fundamentos da Assistência e da Prática Médicas, porém de uma forma infeliz, alojando os alunos em postos de saúde, sem grandes orientações ou objetivos de aprendizagem,

¹⁸ <http://pt.wikipedia.org/wiki/Hip%C3%B3crates> , acesso em 12/03/2012

juntamente com os professores locais, que não transmitiam os conteúdos esperados pelos discentes, nem emanavam o estímulo necessário para a disciplina. Daí, coincide os passos iniciais do SUS, engatinhando no Brasil, pois, no início de 1996, época que o médico em questão ingressou na faculdade, ainda seria publicada a Norma Operacional Básica 01/1996 (NOB 96), uma redefinição do modelo de gestão, o que representava um importante marco no processo de consolidação do SUS e, por conseguinte, no efetivo cumprimento dos princípios e diretrizes que o orientam. Portanto, Hipócrates não gozou de uma iniciação da sua especialidade exitosamente, visto que sua atuação dar-se-ia predominantemente na área da AP.

No decorrer do curso de graduação, pensara em seguir todas as especialidades por onde passava na Clínica Médica, e estudava: cardiologia, endocrinologia, psiquiatria, gastroenterologia, etc. Excluía Pediatria e Cirurgia. Gostou de Ginecologia também.

E nem sinal da Medicina de Família durante as aulas que assistia ou ambulatórios frequentados. Não conhecia nenhum médico de família, e não existia nem rumores de especialidade nesta área.

Nos últimos três semestres da graduação, houve somente aulas práticas, o chamado Internato. Para todos os alunos, há um rodízio entre as principais áreas da medicina: Clínica Médica, Cirurgia, Pediatria e Ginecologia-Obstetrícia (com a reforma curricular das faculdades atuais, a Saúde da Família foi inclusa neste rodízio, aumentando de três para quatro semestres de estágio).

No Internato, vários acontecimentos o conduziram para o Programa Saúde da Família (PSF), assim que se graduou.

A precoce escolha pela Clínica Médica como especialidade, ao entrar no Internato, incentivou-o a cursar o estágio eletivo no Internato, em São Paulo, em um serviço de Endocrinologia. Lá, conheceu um residente, médico estagiário, cuja bolsa acadêmica era insuficiente para sua subsistência neste Estado, portanto era obrigado a trabalhar em plantões, extenuando-se no dia-a-dia. Hipócrates se viu naquela situação no futuro e refletiu se queria aquela realidade para ele. Decidiu: só iria para São Paulo, cursar uma residência hospitalar, se conseguisse dedicação total à especialidade escolhida, sem dar plantões. Para isso, contaria com o apoio financeiro familiar. Para sua surpresa, não foi isso que a família estava planejando. Seguindo a concepção que ronda a classe médica, aquela de que médico residente (hospitalar) deve trabalhar muito e ganhar pouco, com Hipócrates não foi diferente: sabia que se fosse para o Sudeste, passaria as mesmas dificuldades do colega. Portanto, se queria ir para uma especialidade no hospital, deveria ir capitalizado, razão que o levou à entrada no PSF.

“E eu disse para o meu pai: ‘Pai, a situação é apertada!’ E ele disse: ‘Residente tem é que sofrer mesmo!’ Eu vim embora, pensando: ‘Então nesse caso, eu tenho que arrumar é dinheiro para depois fazer minha residência’”.

Outro fato que o impeliu para a Medicina de Família também se deu no Internato. Houve uma personagem marcante, que lhe seduzia para seguir os seus passos: um professor do Internato de Clínica Médica que era referência para todos os estudantes que estagiavam por lá, pois o mesmo demonstrava grande conhecimento das patologias, e possuía uma memória invejável, quando se referia aos pacientes e a toda a sua história clínica. Entretanto, aconteceu um fato intrigante para Hipócrates: num desses momentos de primorosa sapiência do dito professor, este não se mostrou tão ciente da sua história pessoal, familiar, negligenciando informações básicas pessoais tais como a idade dos filhos. O que frustrou a este médico, pois ele não admitia a inversão de prioridades – em primeiro lugar o trabalho e os pacientes – e este não era um valor de Hipócrates, com afirma:

“[...] Eu que vou ser um pai desse jeito? Não! Desisto’. Nunca vou ser com esse doutor, eu prefiro conhecer minha família, que conhecer os pacientes; não que estes não mereçam, mas eu acho que a família é prioridade, é mais importante que trabalho, mais importante que paciente, é a família, tudo é importante, mas existe um grau de importância diferenciado.”

Este acontecimento que o fez repensar se gostaria de ser este médico clínico-referência como seu tutor.

Algum vestígio de contato com a AP veio surgir no estágio rural obrigatório, que teve a duração de um mês. Hipócrates veio a realizar o dele em um município a 92 km de Fortaleza, acompanhando uma médica no posto de saúde, em todas as suas atividades. Ela não era especializada em nenhuma das áreas mais conhecidas da medicina. O doutor percebeu que o salário da médica era muito bom para os padrões de um médico de interior, e concluiu assim, que, se trabalhasse como ela, por um tempo, em algum município, conseguiria o capital necessário para sua residência planejada no hospital, e não seria necessário dar plantões extras. Entende-se aqui que o motivo a conduzi-lo ao PSF é estritamente financeiro, sendo este um “passatempo capitalizador” para seu objetivo final: a tão sonhada residência no hospital.

Corroborando com a situação, atualmente ainda acontece o que relatou Hipócrates: os recém-formados das faculdades de Medicina, ao se graduarem, se não passam no concurso de residências (de especialidades hospitalares), ou se precisam de dinheiro para ingressar nestas, iniciam sua vida profissional, sendo contratados por prefeituras, para

trabalhar no PSF, sem nenhum critério de seleção ou prerrogativa para o trabalho, apesar de haver a Residência em Medicina de Família e Comunidade, recentemente oficializada com este nome, que prepara o médico, para atuar primariamente na AP da saúde. Não é um curso realizado no hospital na maioria do tempo, como as demais residências, mas é reconhecida pelo MEC, e com teor científico equivalente às outras. Possui uma bolsa acadêmica de maior valor. Porém, como foi recentemente estruturada no Brasil, ainda há deficiências técnicas e políticas para ela se afirmar, tais como insuficiente número de preceptores capacitados, falta de equilíbrio entre o serviço assistencial e o aprendizado (muitas vezes, o residente faz mais atendimento para diminuir a fila dos pacientes, e não tem orientação ou discussão dos casos), pouco apoio da gestão municipal.

E foi sem especialização alguma que Hipócrates começou a trabalhar em Sobral, município a 222 km de Fortaleza, poucos dias após sua colação de grau.

Entretanto, a remuneração não foi considerada o principal motivo para a escolha do município em questão. Hipócrates não deixou o interesse pelo estudo da ciência. Não objetivava abrir mão da continuidade de estudar e escolher um local para o trabalho, apesar dos motivos financeiros (remuneração menor relativa a outros municípios).

O CRUTAC (Centro Rural de Treinamento Acadêmico)¹⁹ o fez perceber isso bem melhor, pois no município porque passou, não havia sinal de Internet, não havia cursos na área da saúde. A discussão de casos clínicos não ocorria entre os colegas de trabalho. Existir um pólo de estudo no município que moraria era condição *sine qua non* para a sua permanência. Logo, Sobral foi escolhido, pois descobriu, através de contatos precoces na Internet, com um médico que se tornaria amigo próximo, que funcionava aqui a Escola de Saúde da Família Visconde de Sabóia, onde capacitava os funcionários do PSF, existia a oferta de cursos permanentes, grupos de estudo, e a residência multiprofissional em Saúde da Família. A saúde do município “respirava” PSF:

“Por que eu resolvi ir para Sobral? Por que eu pensava assim: ‘Eu não posso ir para um PSF igual a Aratuba, que não tem internet, não tem nada... Eu tenho que ir p um lugar que tenha um espírito acadêmico, alguma coisa de estudo voltada por trás’. Eu fui descobrir que existia aqui a Escola de Saúde da Família , isso procurando pela internet; eu ia para qualquer lugar, desse tipo,... e descobri a história da Escola, descobri a residência, que tinha a preceptoria,... Está bom, o salário era mais baixo que os outros, mas o interesse não era necessariamente salário, e claro que eu queria juntar dinheiro, mas tinha que ter essa parte aí envolvida.”

¹⁹ Estágio prático por onde os estudantes de Medicina devem passar, nos últimos dois anos do curso, por um período de um mês, de preferência, em um posto de saúde, de área rural.

O que aconteceu com Hipócrates não é regra para os colegas que ingressam no PSF, pelo mesmo motivo inicial deste entrevistado em questão: a Atenção Primária é considerado apenas “trampolim” e reforço financeiro para a residência escolhida. Portanto, há a tendência dos médicos egressos da faculdade escolherem o município de trabalho principalmente pelo salário, não importa se há boas condições de trabalho, se o município é longe da capital (pelo contrário, há uma regra geral – a remuneração é proporcional à distância), se há atualização permanente, ou se o sistema de saúde funciona bem. Em suma, o que se quer é ganhar bem e trabalhar pouco, para sobrar tempo a fim de estudar para a prova de residência.

Ele começou a trabalhar, mas também ingressou na Residência Multiprofissional em Saúde da Família, que juntamente com outras categorias de profissionais da saúde (nutricionistas, fisioterapeutas, dentistas, psicólogos), trabalhavam e estudavam a saúde coletiva do país: SUS e seus princípios, Atenção Primária, territorialização, equipe de saúde, redes de atenção à saúde, entre outros temas relevantes para o curso.

Uma outra percepção relatada por Hipócrates foi em relação ao preconceito que alunos de medicina tinham na faculdade sobre as outras categorias que atuam na área da saúde: os médicos são mais importantes, são “semi-deuses”. Pois, o currículo anterior da medicina possuía uma mínima interação com os alunos de outros cursos, além da aprendizagem se direcionar na doença e sua cura; não havia ênfase na prevenção e educação em saúde, sendo, assim, o médico solucionador de todos os problemas e todos os outros deviam ser submetidos e dependentes dele. O médico em questão afirmou que se encontrava atento a essa postura e não compartilhava dela, devido a situações por quais passou no período da faculdade, pois o levaram a uma visão menos preconceituosa em relação à importância do trabalho dos colegas da saúde, conforme o relato:

“Aí entrei na residência multiprofissional, comecei a conviver com outras categorias, psicólogos, nutricionista, etc,... nisto eu aprendi muito nesta época. Inclusive a gente sai da faculdade, como médico, com aquela cabeça de jerico, de que é um quase deus, um semi-deus; aliás, eu já pensava diferente disso, pois passei por algumas experiências pessoais durante a faculdade, e eu sabia que o fato de ser médico ou não ser, isso aí no fim, a gente sofre, adoce e morre do mesmo jeito. Mas de qualquer forma a gente sai um pouco soberbo, e aí, convivendo com esse pessoal, me trouxe um aprendizagem muito grande, eu vi realmente a importância de cada profissão [...]”

Em questões de relacionamentos profissionais com médicos, há sempre a discussão do binômio poder-domínio. Domínio seria toda a carga imperiosa de superioridade que o médico impõe sobre seus pacientes ou subordinados, e poder é a capacidade de o

profissional exercer toda a capacidade e técnica que possui para trabalhar ou se comportar. Constantemente, há uma linha tênue entre esses conceitos, ocorrendo más práticas de muitos colegas, exercendo domínio em suas relações de hierarquia ao invés de poder.

Relatou também que a residência representou uma experiência de trabalho ímpar: dar assistência ao paciente, não somente com ênfase na doença ou queixa trazida, mas com abordagem educativa junto de outros profissionais. Esse tempo chegou a ser tão prazeroso, ao ponto de convencê-lo a desistir do investimento no estudo para a residência médica hospitalar anteriormente pensada:

“[...] eu atendi do lado da nutricionista, cadeira com cadeira, fazia visita domiciliar junto, com o fisioterapeuta, fazia grupo de hansenianos, ele (o fisioterapeuta) fazia a avaliação de incapacidade, eu fazia a orientação medicamentosa, o nutricionista dava orientação para eles na sua área, chamávamos psicólogos para o grupo de gestante, [...] então foi um aprendizado riquíssimo! Eu gostei muito! [...] E aí depois eu esqueci esse negócio de fazer residência hospitalar: ‘Eu estou gostando é disso aqui!’”

Hipócrates possuía o apoio da equipe de saúde de trabalho, no que refere à colaboração na participação dos grupos de educação em saúde, da logística de suas consultas, e da gestão do município, pois apesar de possuir uma demanda grande de pacientes solicitando consultas, ele equilibrava seu tempo de trabalho, entre o atendimento, os grupos com pacientes, as aulas do curso e as visitas domiciliares. Demonstrava, assim, que não existia (e não existe) prática na AP isolada: a equipe deve trabalhar coesa e com os mesmos objetivos, sujeita a uma interdependência.

Uma queixa frequente de quem trabalha no PSF, hoje ESF (Estratégia Saúde da Família), é a pressão do atendimento da demanda reprimida de pacientes com suas queixas de doença, principalmente para os médicos, devido à escassez desse profissional no posto de saúde. Os pacientes desejam se consultar, mas não existem vagas suficientes, causando esta demanda de consultas, que permanecem reprimidas. Mas Hipócrates não relatou esse fato em sua vivência, e isto o deixava, com certeza, mais feliz.

Uma infelicidade e frustração mencionada foi a falta de reconhecimento familiar pela escolha da especialidade agora escolhida: médico de família. No conceito do pai, o PSF era o local de trabalho onde os médicos permanecem, após fracassarem na tentativa de passar na prova de residências médicas tradicionais. Relutando com este conceito, o médico filho (o entrevistado), demonstrou através de conquistas de títulos na medicina de família, com ótimas colocações que, a decisão tomada era opcional, não uma fatalidade. Sua capacidade intelectual e técnica não se encontravam limitadas a esta especialidade, apenas uma questão

de escolha pela satisfação sentida no trabalho. Com as provas objetivas do merecimento de títulos alcançados, havia uma grande probabilidade (e demonstrou isso) de passar em qualquer curso de residência em que investisse.

Hipócrates conseguiu realização pessoal na Medicina de Família, satisfez-se com os títulos alcançados com muito esmero, conquistou apoio e admiração familiar, mas não se sentia com o mesmo reconhecimento frente à sociedade, aos seus pares. A especialidade ainda era considerada uma medicina de pobre (em conhecimento, tecnologia, remuneração) para pobre (os clientes são das periferias das cidades, sem recursos financeiros para pagar um plano de saúde privado). Essa era a representação social que Hipócrates percebia.

De fato, no curso de Medicina, alunos não sonham em ser médicos de família como especialistas, nem ao menos seus familiares, por motivos que será visto a seguir, aqueles mesmos que desestimularam Hipócrates em sua carreira.

“No PSF realmente é complicado, pois existe o estigma de fracasso, o estigma de ter fracassado, de não conseguir passar numa prova de residência e ficar no PSF, isso eu vivenciei na pele [...]”

O doutor começou a se desencantar com a realidade encontrada ao longo do tempo, após ter terminado seu curso de especialização: outras equipes de trabalho não-cooperativas, pacientes desrespeitosos no trato com o profissional, responsabilidades de trabalho em excesso na atenção primária (inclusive social, sem soluções imediatas), a falta de reconhecimento da importância de seu trabalho pelos outros colegas médicos de outras especialidades (hospitalares). Enfim, essas queixas constantes foram desestimulando sua energia e vigor para lutar em nome das causas aprendidas e acreditadas anteriormente.

O que mais lhe incomodava chamava-se desvalorização, em todos os aspectos: o paciente não reconhecia o esforço da consulta e da educação em saúde, os colegas médicos taxavam a medicina de família uma especialidade de capacidade inferior, o gestor não reconhecia financeiramente o que lhe cabia adequadamente, os colegas de trabalho de equipe não estavam dispostos a acreditarem nas propostas de medicina preventiva, ao invés de curativa, priorizando somente às consultas. Percebia que, em comparação ao serviço no hospital, a população era bem mais educada e creditava aos doutores de lá, um maior grau de conhecimento e capacidade técnica. Concluiu que necessita de estímulos a mais para continuar no PSF.

A docência foi uma saída. Foi convidado para ser professor na Universidade Federal do Ceará, e, após algum tempo, através de concurso, ingressou na área de Medicina

de Família como docente efetivo. Agora, dispunha dos alunos, na sua prática, para tutoriar, o que lhe dava muito prazer e realização pessoal. Não foi o suficiente! Passou na seleção do mestrado de saúde coletiva, a fim de investigar exatamente o tema: a escolha da especialidade dos estudantes de medicina, e somente ratificou suas impressões anteriores – os alunos não sonham ou demonstram interesse inicial pela área estudada aqui em questão.

Somente a prática assistencial não era tão mais interessante, e concluiu que deveria experimentar outras locais de trabalho, hospital ou consultório.

Ademais, em busca de novos desafios, procurou ingressar no curso de Sociologia. Já simpatizava por questionamentos sociais mais profundos e desejava investigá-los. A Medicina não mais o empolgava, talvez encontrasse mais encanto em outra área do conhecimento agora. Coursou alguns períodos desta nova faculdade, mas não perseverou, precisava reencontrar o que tinha perdido na Medicina.

Após vários momentos de reflexão e conselhos, decidiu trabalhar também realizando consultas num hospital, em um turno por dia, mas continuava ainda no PSF no outro turno. Considerou esse passo necessário, pois desejava responder a uma curiosidade: se o médico de família atendesse fora do posto de saúde, onde os pacientes são pré-determinados, seus clientes iriam se satisfazer com a consulta e voltariam? Dúvida que Hipócrates teimava em abordar, pois na ESF existe a delimitação de micro-área de atendimento, destinando as famílias desta área, para determinada equipe, ou seja, não existe escolha de profissional no posto de saúde. O paciente que mora em determinada rua vai se consultar com determinado médico. E se o paciente não apresentar afinidade com seu médico? E se houver um desentendimento com ambos? Ainda assim, a correlação paciente-médico continua. Hipócrates questionava:

“Uma dúvida eu tinha na cabeça: ‘Será que se eu abrisse o consultório, o paciente ia pagar para vir consultar comigo, essa é uma dúvida que o médico do PSF nunca vai ter resolvida, por quê? Porque a pessoa tem que consultar com ele, é área restrita, você tem que consultar comigo, então o paciente volta com grosseria, porque ele não gosta de estar ali, mas ele vem mesmo sem gostar, com repulsa que ele tem à gente.’”

No decorrer do atendimento no hospital como médico de família, ele se satisfazia com o que vivenciou: seus pacientes atendidos, não só elogiavam seu atendimento, como retornavam e indicavam-no para os amigos. Outro aspecto observado pelo médico foi na postura dos pacientes, por estarem em um hospital: portavam-se com mais respeito, com mais gentileza, e creditavam mais confiança no doutor, ratificando o que Hipócrates percebia e afirmava anteriormente: o paciente valoriza mais o médico de hospital. Em três anos, ele

somente sofreu dois a três desentendimentos com alguns pacientes lá, enquanto no posto de saúde, eles ocorriam todas as semanas.

“Graças a Deus eu tenho uma clientela que volta sempre, fiel, que recomenda, chega dia lá, que eu não tenho condição de atender, eu digo: ‘Pelo amor de Deus, manda voltar!’ Volta paciente porque eu não tenho condições de atender. Então eu fiquei satisfeito por esse lado.”

Logo, essa mudança parcial para o hospital foi útil ao doutor, por este se certificar da falta de relação entre a insatisfação dos pacientes do posto à sua própria pessoa, reflexão que sempre o sondava.

Anteriormente, como se viu, Hipócrates pensou em desistir da Medicina, porém após todas as reflexões e vivências ao longo da carreira, chegou à conclusão que as angústias não eram atribuídas à profissão de médico, nem à especialidade de médico de família; as maiores dificuldades sentidas na Atenção Primária são devido à Estratégia Saúde da Família (antigo PSF). Tanto que, em outros países europeus e no Canadá, por exemplo, o médico de família é muito bem reconhecido por sua especialidade em todos os aspectos citados anteriormente, seu prestígio excede o de muitas outras especialidades. Esses países têm uma política de um plano único de saúde estatal, como ocorre aqui no Brasil, mas o Estado compra o serviço do médico de família, por exemplo, e há parâmetros de avaliação de seus serviços preventivos, principalmente. Hipócrates ratifica:

“Mas então eu descobri que o problema também não é a Medicina de Família, o problema é o PSF. Quer dizer, naquela primeira crise, eu achava que o problema era a medicina, descobri que era o PSF, e na segunda crise o problema era o mesmo. Porque o médico de família, se for em outro contexto, nos países lá fora, o médico de família tem consultório próprio, ele vende o serviço para o governo, ganha por metas alcançadas, é reconhecido pelos pares, pelos pacientes valorizados, é outro contexto e isso faria com certeza a gente se interessar. Uma remuneração digna, ser reconhecido pelos colegas, e pelos pacientes, isso é importante.”

Na ESF brasileira, o município é responsável por gerir a saúde local, e como há uma herança de assistencialismo político e curativo vigente ainda, os gestores municipais se preocupam principalmente no atendimento às doenças, pressionando a Atenção Primária a dar vazão à grande demanda de seus eleitores. Infelizmente, a Medicina de Família não se encontra desvinculada dessa estrutura; quando se vê que atividades principais são de educação em saúde, grupos de discussão, melhoria da qualidade técnica do profissional, e não as consegue realizar pelo excessivo número de consultas, muitos de seus princípios são abolidos

nessa prática constante, tornando-se apenas médicos prescritores de remédios, de atendimentos recorrentes, sem resolução de problemas, estes na maioria das vezes sociais.

Então, a Medicina de Família está intimamente ligada à gestão municipal. No caso de Hipócrates, o mesmo recebeu grande incentivo político do secretário de saúde vigente, na época em que trabalhava nos postos de saúde, ao promover encontros científicos e confecção de trabalhos acadêmicos para ele e seus contemporâneos, assim, reforçando as equipes de Atenção Primária. Diferentemente, os secretários que se seguiram ~~seguintes~~ não demonstraram tanto interesse pelo desenvolvimento das causas da ESF.

Para concluir, Hipócrates relatou que atualmente não se encontra mais no atendimento nos postos de saúde, apenas pertence agora a um serviço de auditoria dos mesmos, a fim de avaliar a qualidade da estrutura e funcionamento dos locais. Havia necessidade de profissionais nessa área, e pela sua trajetória valorosa na ESF, foi convidado a contribuir na AP, através de um novo olhar. Entretanto, continua acompanhando seus alunos de Internato da Saúde Comunitária, em alguns turnos de atendimento nos postos.

Afirma que não lamenta tudo o que passou ou deixou de realizar, como a residência em São Paulo, pois pensa que se tivesse ido, talvez o seu retorno se tornaria mais dificultado, ao tentar entrar na universidade como docente ou mestrando. Talvez não teria os títulos acadêmicos conquistados ainda tão jovem, não teria gozado de tantos relacionamentos felizes, em Sobral com colegas de trabalho. Não seria a pessoa mais madura e melhor que se considera hoje:

“O que também não posso chorar o leite derramado, tem até um conto do Luis Fernando Veríssimo que diz – [...] e se tivesse feito aquilo, se eu fosse assado [...] – a gente tem que ir corrigindo de acordo com a vida vai correndo, não pode ficar chorando por conta disso. Estou muito satisfeito com a situação que eu estou hoje, talvez eu tenha até conseguido aqui coisas que eu tenha planejado para um futuro bem mais distante, isto é, ser professor da federal, onde é que eu ia achar que, com cinco anos de formado eu iria ser professor? Se eu tivesse ido para lá, tivesse feito todo aquele percurso, e tivesse que voltar para Fortaleza, talvez eu nem tivesse conseguido ainda. Então foi mais ou menos isso!”

Hipócrates continua trabalhando, sendo buscando prazer e significação em todas suas atividades laborais, questionando suas motivações e projetos de vida.

4.2 “...O Brasil vai ter que investir nisso!...”

O segundo médico entrevistado, de codinome Galeno, também é médico de família, cursou a Residência de Medicina de Família e Comunidade em Sobral, e graduou-se na Universidade Federal do Ceará, em Fortaleza. Possui 33 anos.

Galeno sempre teve sua atenção voltada para as artes: gostava de desenhar, de literatura, escrever poemas, de música e de tudo o que se relacionava à cultura. Sua mãe o incentivava a participar de eventos sociais, como peças de teatro e ir à igreja. Logo, ele acreditava que prestaria vestibular para Letras, Música ou algum curso de desenho, para seguir a carreira de suas vocações. Não lhe atraía as áreas das Ciências Exatas:

“Fui sempre muito estimulado pela minha mãe, a gente fazia peças teatrais na infância... eu sempre dizia para ela , na oitava série, que ia fazer ou letras, ou um curso de desenho, ou música, nada de medicina [...]”

Este escolheu a Medicina como desafio. Anteriormente, considerava esta área da saúde com funções de muita responsabilidade e dedicação, mas afirmou que era muito inexperiente para julgar as peculiaridades das profissões.

Como procedia de um bairro de periferia em Fortaleza, e estudava em um colégio particular (sem tradição de preparar alunos para Medicina), e não possuía nenhuma influência familiar médica, seguir a carreira de médico era improvável para ele, por estes antecedentes. Porém, esmerava-se muito nos estudos, e após decidir, no terceiro ano do segundo grau, que tentaria passar neste vestibular, nenhum motivo o fez desistir, pois é de personalidade muito determinada e como já afirmado, era motivado por desafios. Atribui também essa escolha do curso, por ter tido uma visão romântica da Medicina, mais altruísta, de ajudar o próximo, de compromisso social com a população, o que se confirmará na Medicina de Família. O fator financeiro de promessa de boa remuneração no futuro, sendo médico, atraía-o para a profissão, mais pelo fato de ajudar os familiares, do que status ou ascensão social. Disse que poderia ter escolhido outras profissões que trabalhariam menos, e até ganhariam mais. Entretanto, esse não foi um dos principais fatores decisivos para a carreira.

Galeno até relata um acontecimento ocorrido em frente de sua casa, na adolescência, quando uma criança torceu o pé, os que se encontravam na casa se prontificaram a ajudar, inclusive ele. Houve uma ansiedade por parte de todos, condutas incertas, mas o episódio despertou em Galeno um sentimento do dominar o conhecimento específico de doenças, para ajudar os mais próximos, e não mais se sentir inseguro nessas situações, como afirma:

“[...] Houve uma situação que eu lembro, quando um menino torceu o pé em frente da minha casa, eu fui ajudar e eu disse: ‘Eu prometo que eu vou ser médico. Quando me formar, para não mais passar apertado e não mais dificuldade quando passar por uma situação difícil, quando alguém precisar, um vizinho [...]’”.

Na Medicina, não abandonou suas tendências culturais, tanto que afirma sempre ter buscado a parte mais artística, humanista e filosófica na prática de sua profissão: “É tanto que hoje, para o lado da Medicina, eu tento pegar a parte mais artística que existe”.

Por que o codinome Galeno?

Um pouco de História: homem de conhecimentos muito diversificados, que incluía a filosofia, a matemática, a lógica, a astronomia, a agricultura e a literatura, foi um proeminente médico e filósofo romano de origem grega, e provavelmente o mais talentoso médico investigativo do período romano (nasceu por volta de 129 dC, na cidade de Pérgamo). Galeno escreveu uma pequena obra chamada “O Melhor Médico é Também um Filósofo”, e ele via a si próprio como sendo ambos, o que significava embasar a prática médica no aparente conhecimento teórico ou “filosofia”, como era chamado em seu tempo.²⁰ Portanto, como o médico entrevistado é buscador de conhecimentos variados e simpatiza com discussões e pensamentos filosóficos, a lembrança deste colega da Antiguidade lhe é adequada!

No terceiro ano do segundo grau, não conseguiu passar no primeiro vestibular para que prestou. Após seis meses de estudo no cursinho pré-vestibular, iniciou o curso de Medicina Veterinária (curso secundário a que se propôs a realizar a prova, a fim de avaliar seus conhecimentos), sem no entanto desistir de passar em Medicina. Fato frequente entre os vestibulandos, este de passar e cursar outra faculdade, enquanto aguarda a aprovação no curso realmente desejado. Cursava Veterinária diuturnamente, enquanto continuava frequentando o cursinho à noite. Na segunda tentativa de entrar na faculdade de Medicina (só existia um curso no Ceará, com vestibular anual), conquistou a tão esperada aprovação no final do ano. Além do esmero nos estudos, atribui a este fato, à segurança de já estar em um curso universitário, transmitindo uma maior confiança que poderia passar em mais uma prova.

O curso da Medicina possuía o mesmo currículo inicial do curso do Dr. Hipócrates. Galeno também se matriculou na disciplina de Fundamentos da Assistência e da Prática Médicas, onde os alunos deveriam frequentar os postos de saúde, e ter o primeiro contato com a Medicina prática. Da mesma forma, a influência dessa experiência para a

²⁰ http://pt.wikipedia.org/wiki/Cláudio_Galeno
<http://www.infoescola.com/biografias/galeno/>

Medicina de Família futura foi nula, como afirma: “Minha experiência dentro da unidade de saúde, no primeiro semestre, foi muito ruim, foi inócua, sem muito resultado [...]”

Decidira seguir uma especialidade generalista com o decorrer do curso, pois gostaria sempre de ter uma visão holística do paciente atendido, e as residências médicas conhecidas que mais se encaixavam com sua personalidade na Clínica Médica, eram Psiquiatria e Doenças Infecciosas. Estava certo de que não queria se limitar a estudar somente um órgão do corpo humano. Simpatizava com psiquiatria, pois lembra bem que um professor psiquiatra chamava-o pelo nome, numa turma de oitenta alunos, em média, mostrando um interesse diferenciado por ele; além de Galeno se identificar com o estudo da mente e do comportamento humano. Também na psiquiatria havia a necessidade de conversar muito com os pacientes, como na especialidade atual dele. Não escolheu ser psiquiatra, por se certificar que gostaria de lidar com transtornos mentais mais comuns, e não complexos.

Suas escolhas já o direcionam para a Medicina da Família e Comunidade, que, como o próprio nome diz, tem uma abordagem ampla, não só do indivíduo, mas de sua família e da comunidade em que vive.

“[...] Uma coisa é certa: eu nunca quis cuidar de um órgão só. Nunca pensei fazer pneumologia, e cuidar só de pulmão, nem nefrologista, e cuidar só de rim... eu fiz três provas de residência, uma para doenças infecciosas, outra para psiquiatria, e a terceira para medicina de família, sempre quis abordagem holística, mas nunca que cuidasse só de um órgão.”

Ainda na graduação, o doutor narrou vivências que foram muito importantes para a escolha da especialidade futura, tais como: a participação na fundação e no ensino de um cursinho pré-vestibular para alunos de escolas públicas, de baixa renda, promovido pela Faculdade de Medicina (um projeto de extensão); ser aluno monitor da disciplina de Exame Clínico; e participar de outro projeto de extensão, chamado PRATA. A seguir, o relato sobre cada um deles.

Demonstrou com grande orgulho, o fato de ter participado, como fundador e professor de português, do cursinho pré-vestibular citado, pois desse modo, estaria contribuindo para a diminuição da desigualdade social vigente na realidade. Anteriormente, mais que nos dias atuais, a maioria dos alunos que conseguiam ingressar em universidades públicas originava-se de escolas particulares, pois sua preparação era de melhor qualidade. E o cursinho promovido pelos alunos de Medicina, de acordo com a estrutura de trabalhos acadêmicos extensionistas, teve o objetivo de devolver à sociedade, prestação de serviço, através da universidade paga com dinheiro público.

Para a Medicina de Família esta experiência foi válida, pois ambas as práticas ressaltam a preocupação social, têm contato com a população de baixa renda e trabalham com educação.

Galeno ratifica as ditas afirmações:

“Eu dava aula de português, a gente criou o cursinho, para alunos de escola pública, para facilitar a entrada deles na faculdade, reconhecendo que era uma das poucas e únicas maneiras de eles mudarem de classe social. Você pegar um aluno de periferia e colocar na universidade, e assim mudá-lo de classe social, a única maneira. Interessante esse contato com pessoas mais humildes, tinha que desenvolver algumas habilidades, para ensino de português, que me foi útil até hoje.”

A participação na monitoria da disciplina de Exame Clínico, como aluno ajudante dos professores, contribuiu para sua definição na escolha da área técnica, pois era uma função em que o aluno monitor deveria ter a dominância do exame físico de todo o corpo humano, para ser capaz de transmitir aos colegas de semestres anteriores. Função tal que incentivava a tendência de Galeno ter uma visão ampla de sua especialidade, com ênfase na anamnese, conversa com o paciente e no exame físico, sem grande aparato tecnológico:

“Fui monitor de Exame Clínico, [...], ajudou nessa base da clínica, clínico generalista, aquele cara que só tem mesmo a maletinha dele (para atender), para não usar exames complementares; isso foi muito forte na minha formação, da semiologia, prezar muito pela história e pelo exame físico, foi muito bom ser monitor de exame clínico, e a clínica influenciou na Medicina de Família.”

O Projeto Acadêmico Tapeba (PRATA) se constituiu noutro projeto de extensão do qual Dr. Galeno participou. Ele atuava numa comunidade de índios de origem da tribo Tapeba, numa região metropolitana de Fortaleza, aos sábados pela manhã. Ele e alguns colegas colaboravam com palestras educativas para crianças, gestantes. Eram autodidatas, com iniciativas próprias da escolha de temas, sem nenhum contato com a equipe de saúde da região, nem apoio suficiente do orientador acadêmico.

Galeno compara sua iniciativa solitária deste projeto, muitas vezes, com o trabalho de médico de família. Neste, deve-se priorizar a educação em saúde, ter a sensibilidade do tema a ser discutido e a forma como é abordado, além da disponibilidade de enfrentar situações insalubres de trabalho:

“Não havia nenhum contato com a equipe de saúde local, pois as nossas visitas eram no sábado de manhã, era na marra que a gente aprendia, definia um tema, e falava, media pressão, e chegava lá sem muita ciência.”

Durante o CRUTAC, estágio rural no Internato (abordado também na entrevista passada), em que se deveria dar ênfase ao contato com a Atenção Primária, acompanhando um médico em um interior do Estado por um mês, Galeno também não obteve satisfação ou estímulo para sua decisão de generalista comunitário. Na maioria do tempo, o médico acompanhado trabalhava no hospital, realizou somente duas ou três visitas domiciliares durante todo o mês, sem grandes bons exemplos de contato com a comunidade.

Mesmo antes da formatura, ele já havia determinado o seu destino após se formar: iria para o PSF. Não tinha o privilégio de cursar uma residência com uma bolsa de remuneração baixa, em relação ao salário no PSF, pois já deveria arcar com alguns compromissos financeiros e familiares. Por ser de classe média, precisaria do salário deste primeiro emprego, pelo menos inicialmente. Seguindo a prática de alguns médicos recém-formados, acumularia dinheiro no PSF, para depois entrar na residência desejada.

Após procurar por um município que o agradasse e a seus amigos, decidiu permanecer em Massapé, a 18 quilômetros de Sobral. E lá, sua história com a Medicina de Família iria se iniciar, com acontecimentos inesperados em sua vida pessoal e profissional.

No primeiro ano de trabalho, não houve fatos dignos de relatos, somente a rotina de um médico de PSF. Trabalhava nos distritos e também na sede do município. Comprou as apostilas de um cursinho preparatório para o concurso de residência em Clínica Médica, não estudou para a prova o suficiente, e nem chegou a realizá-la no fim do ano.

Os conceitos prévios da faculdade o acompanhavam, com sua visão hospitalocêntrica, como, por exemplo, referiu a preocupação de fornecer sempre um diagnóstico para os pacientes que o procuravam. Incomodava-o finalizar as consultas sem o veredicto de uma doença definitiva. O que não acontece na Medicina de Família, pois, o acompanhamento dos pacientes é longitudinal; ele não é visto somente uma vez, permitindo a possibilidade de elucidação de seu diagnóstico (físico, mental ou social), ao longo de seus retornos.

“No Massapé, eu tive muitas experiências de saúde coletiva. Cheguei muito confuso, com aquela ideia, preocupação de fechar diagnóstico... só depois que eu fui caminhando para a ideia de Medicina de Família.”

“[...] não dá para você trabalhar com a tirania do diagnóstico, você muitas vezes não dá o diagnóstico na primeira consulta para todo mundo, o que me angustiava muito isso. E quando você percebe que o diagnóstico não é o mais importante, há a longitudinalidade, pode rever os casos, existem algumas situações em que não há doenças, há é um sofrimento. Não é a clínica do clínico”.

A saúde coletiva foi uma descoberta, na prática, para Galeno. Ele lembra de dois importantes fatos ocorridos despertadores para a saúde pública: um curso promovido pelo Conselho Regional de Medicina (CRM), em Sobral, com especialização em Saúde da Família; juntamente com o conhecimento e o estudo de um certo livro básico para a Medicina de Família, adotado no Brasil. Após isso, iniciou, no município, a nova prática dos recentes aprendizados no município. Pela demanda existente na Atenção Primária de educação em saúde, de trabalho em equipe, de acompanhamento a grupos de risco, começou a desenvolver atividades que considerava úteis nessas áreas. Narra, por exemplo, um evento do qual participou ativamente, que envolveu muitos profissionais da área da saúde do município: a Primeira Semana de Incentivo ao Aleitamento Materno. A taxa de mortalidade infantil local e de amamentação exclusiva até os seis meses de idade encontravam-se muito baixas, pois representavam dois parâmetros muito significativos para a qualidade da saúde infantil de uma região, sendo essa a principal motivação dessa mobilização. Veja o que Galeno relata:

“[...] fizemos a Primeira Semana Municipal de Incentivo ao Aleitamento Materno de Massapê, porque a taxa de mortalidade infantil era muito alta e amamentação exclusiva até seis meses era abaixo de 40%. Havia reuniões de planejamento multiprofissional, com terapeuta ocupacional, veterinário [...] várias pessoas no grupo discutindo e planejando para acontecer. Foi muito bom, muito produtivo para o grupo, eu fui falar para os vereadores na Câmara Municipal sobre aleitamento materno, tive que rebolar, foi muito interessante! Houve iniciativa de todos.”

Um grande incentivo que recebeu de atuação na Atenção Primária, foi de uma psicóloga comunitária contratada pelo município, que chegou trazendo novos conceitos práticos da saúde comunitária, desenvolvendo grupos de educação e apoio no PSF. Com ela, Galeno continuou despertando o olhar para o trabalho com a população, e juntos, desenvolveram vários programas comunitários, de abordagem preventiva, algumas curativas, e para selar a afinidade, casaram-se.

Daí em diante, foi um passo para a realização da prova da residência de Medicina de Família e Comunidade, com apoio constante da nova esposa e por querer se especializar mais na área que o tinha conquistado e na que aprendera a acreditar. Em sua concepção, essa especialidade demandava uma capacitação específica, não bastava somente se tornar médico, e começar a trabalhar em um posto de saúde; havia ciência e técnica, e como o curso era relativamente novo no Brasil, aceitaria mais esse desafio.

Passou na prova de Medicina de Família, em Sobral. Agora trabalharia estudando, nesse novo município, devendo deixar Massapê. Lamentou sua saída, pois desenvolvera um trabalho bem relevante lá, inclusive com o apoio do secretário de saúde, que era professor

universitário, e atuou no PSF com uma boa gestão, na visão de Galeno, pois quadruplicou o número de equipes de saúde da família, e de uma certa forma, influenciou este médico na decisão pela especialidade.

Na residência, reconheceu definitivamente sua identificação com a Estratégia Saúde da Família, empolgava-se com as atividades que realizava, tinha certeza que gostaria de seguir esta carreira; não sabia por onde começar, mas estava no caminho certo. Como o curso era novo, com a primeira turma de residentes, ele foi autodidata, às vezes, tendo que tomar iniciativas e resolver situações peculiares, até para adquirir maturidade profissional. Ficou muito satisfeito no final:

“Na residência, sempre muito fui estimulado e empolgado com a Medicina de Família; não sabia por onde começar, mas sabia que era alguma coisa por ali, não sabia qual era o caminho a traçar, mas melhorei muito em relação a isso. Eu fiz a minha própria residência, os preceptores não tinham experiência anterior. Eu resolvi fazer a minha própria territorialização, apresentei [...]”.

Diferentemente da residência hospitalar, sua residência em Medicina de Família se deu, na maioria do tempo, trabalhando no posto de saúde, com algumas passagens em serviços hospitalares e ambulatoriais, para conhecer a rede municipal de saúde. Havia grande incentivo para realização de atividades educativas na sua área de trabalho, interação com a equipe multiprofissional, discussão de casos clínicos, estudo da saúde pública do país, do SUS, seu funcionamento e princípios, entre outras atividades.

Devido ao grande interesse demonstrado pela área, foi convidado a ser professor substituto na Faculdade de Medicina local; aceitou o convite e realizou a prova de ingresso, com sucesso. Como se aprofundava nos temas de Medicina de Família para ministrar as aulas, direcionou seu próximo projeto profissional para o mestrado em saúde pública. Mais tarde, tornar-se-ia professor efetivo da mesma faculdade, com aprovação também no mestrado, difundindo, assim, ainda mais seus conhecimentos de saúde pública para os discentes que o acompanhavam da faculdade e nas aulas práticas no posto de saúde.

Tem grande satisfação na docência e no contato com alunos, gosto que vem desde a graduação, como foi relatado anteriormente, na monitoria e no cursinho pré-vestibular que participava como professor.

Assumi a coordenação da residência de Medicina de Família e Comunidade, com planos de tornar esse curso um dos referenciais para a especialidade no Brasil. Encontra-se empolgado com este projeto, devido à vinda de alguns estudantes de outros Estados que abraçaram a proposta de compromisso com o curso.

Foi desafiado recentemente a abrir um consultório, apesar da péssima prática comercial herdada da família. Não simpatizou muito com a causa, mas a ideia chegou para demonstrar mais um ramo em que o médico de família pode escolher realizar atendimentos: na medicina privada. Apesar de ser realidade incomum e da presença de poucos profissionais na cidade com esta especialidade em consultório, decidiu investir nessa empreitada:

“Só que algum tempo atrás, no meio do ano passado, eu tive uma decisão a tomar, entre o SUS e a Medicina de Família, tinha que escolher, porque eu estava pensando eu abrir um consultório na área; havia dois ou três colegas que já tinham, eu estava pensando em investir nisso, para ser mais uma vitrine para a especialidade, para que estudantes lá do primeiro semestre vissem o professor lá, que se ele quiser também enveredar pelo serviço privado, ele pode, como médico de família. Não precisará fazer dermatologia para ter um consultório particular, terá como médico de família. Nesse dilema, entre o SUS e a Medicina de Família, eu optei por esta, e abri o consultório. Consultei pouquíssimas pessoas até hoje, não me dedico a ele, é só um ponto de apoio, para alguém que me liga, pede para eu ver, eu marco, não me dá lucro, pelo contrário, dá prejuízo, pelo investimento que eu fiz. Fiz pela Medicina de Família.”

Em resumo, além de médico de família, atuando no posto de saúde, concursado, possui cargo de professor efetivo na universidade e de coordenação no curso de residência. Ainda dá apoio à gestão, sendo interlocutor desta com os médicos da Atenção Primária, além de atender no consultório particular. Demonstrando, assim, que a Medicina de Família pode ter várias atuações. Confessa, que não consegue realizar atividades a contento em todas as frentes de trabalho, sacrificando, muitas vezes a qualidade de seu atendimento ao paciente que tanto preza.

No entanto, percebe-se aqui, que à medida que o médico de família vai conquistando reconhecimento e espaço no sistema de saúde, ele se afasta mais do local primário de atuação de sua prática: o posto de saúde, demonstrando um conflito na carreira.

Galeno defende que não deva ser assim: o mérito da Medicina de Família deva ser na assistência. O profissional não precisaria sair do seu local de trabalho para buscar realizações profissionais. Deve-se atribuir mérito a quem fica, não somente a fim de conquistar condições financeiras. Como afirma:

“No caso da Medicina de Família, infelizmente, a maneira de premiar o cara é tirando-o da assistência, virando professor, gestor, mas eu acredito, que no futuro, haverá esse mérito de premiar alguém, mantendo-o na assistência, ganhando status; por exemplo, vinte anos trabalhando na Atenção Primária e ser reconhecido por isso, valorizado, vai ganhar mais, vai receber prêmios, homenagens. Nesse momento, sem política de cargos e carreira isso não acontece, eu tenho paciência histórica que isso aconteça um dia”.

E ainda:

“Sou muito idealista pelo meu tipo psicológico, e pela minha ideia meritocrática, eu tento valorizar as pessoas que dedicam a vida a isto, a trabalhar aqui, não só para passar uma chuva e juntar dinheiro, mas para fazer carreira e dedicar a vida na Atenção Primária”.

Sem dúvida, defende a Medicina de Família como sendo a melhor preparação que se tem a fazer para a atuação na Atenção Primária, com a qual muito se identifica. A especialidade não é uma clínica como a hospitalar, é própria para onde é feita. O sistema de saúde deveria ser gerenciado realmente por esta primeira atenção à saúde, como rege a teoria do SUS, a fim de equilibrar a oferta de serviços de saúde para a população. A Medicina de Família é uma especialidade bem complexa, que depende de muitos fatores para funcionar a contento, e que demanda muito conhecimento, apesar de não se aprofundar nas patologias, porém ouve e deve atender às queixas mais comuns da população. Sendo “a especialidade mais fácil de fazer mal feito, mas a mais difícil de fazer bem feito”, como afirma Galeno.

Em relação ao colega Hipócrates, não concorda que o médico de família possua uma remuneração baixa, inclusive encontrando-se satisfeito com a sua atualmente, mas através de muito esforço. Suas queixas são pelo baixo reconhecimento social, proveniente dos pares e dos alunos, além da supervalorização de outras especialidades, concordando com o primeiro colega neste conceito. Ao invés de solicitar aumento de salário, prefere melhores condições de trabalho, uma equipe de saúde bem remunerada, a fim de realizarem atividades, em conjunto, satisfeita, demonstrando uma atitude interprofissional altruísta:

“O dinheiro não me angustia, o que o faz é desvalorização. Eu gosto é de ser valorizado, pois eu acredito que a Atenção Primária é o serviço mais valorizado da assistência (à saúde). O médico de família é o especialista mais importante no sistema da saúde. O que me deixa indignado é a supervalorização de algumas especialidades e a desvalorização da Medicina de família. [...] Eu prefiro entrar na fila nas condições de trabalho, [...] tem a fila dos que pedem a folga, a fila dos que pedem aumento, eu pego a fila das condições de trabalho: o número. ideal de pessoas por equipe, uma equipe boa, uma enfermeira que ganhe bem do meu lado, pois eu estar feliz e ela estar triste e desmotivada, não me ajuda em nada, até atrapalha; uma estrutura mínima para eu fazer um bom trabalho.”

Às vezes, afirma que esmorece por ser um especialista contra-hegemônico, por todo esse baixo conceito de representação social da Medicina de Família, porém, sempre busca revigoramento de seus conceitos profissionais em eventos fora do Estado e até fora do país, onde a especialidade é mais estruturada e sólida. Entretanto, não pensou em desistir

dessa carreira, por nenhum momento. Com essas experiências vivenciadas extra-Sobral, continua acreditando nos princípios da Atenção Primária e da Medicina de Família:

“[...] mas eu tomei para mim esse ideal, e é difícil, pois com a Medicina de Família, você tem que enfrentar os pares, tem que provar para os colegas, os pacientes, para o gestor, para a academia, que você tem valor. Tem sempre que nadar contra a maré, é um processo contra-hegemônico. E eu já sabia disso. Desistir eu nunca pensei, pelo contrário, eu sou fortalecido por isso; o que acontece é que, às vezes, eu fico intoxicado (pelo desestímulo de tudo), mas parto para respirar outros ares por aí, viajando, por São Paulo, Rio de Janeiro, para Porto Alegre, em nome da Medicina de Família, e agora para Portugal, no congresso de lá dos médicos de família. Tenho contato com gente do Canadá, da Espanha, e que vão repondo o gás que vai acabando; se você não quer desistir, mas o gás vai acabando, você tem que repor de alguma maneira.”

O médico de família canadense é um modelo exemplar por ele citado, pois possui uma carreira respeitada, em que o profissional detém toda sua estrutura clínica pessoal montada, e os pacientes vão até o médico. Diferentemente do Brasil, onde o governo concede o espaço e insumos para os médicos, com impessoalidade. Ainda no Canadá: o Estado compra os seus serviços, e ele é médico de determinadas famílias, sem área adscrita. Galeno refere também, que na Europa, há exemplos de médicos de família, que trabalham há décadas com as mesmas famílias, com consultório em casa, e esta é a sua carreira profissional de vida. Não há necessidade de buscar outra especialidade, a escolhida já é o suficiente, como quaisquer outras hospitalares.

Uma experiência profissional muito importante na vida do doutor foi o acompanhamento de dois médicos de família espanhóis, referências em seu país, que vieram recentemente para o Brasil, e visitaram Sobral, para uma pesquisa de avaliação da Atenção Primária.

Eles ajudaram Galeno a definir conceitos entre a Medicina de Família e a saúde coletiva brasileira; não são equivalentes, apenas interagem entre si intimamente, numa relação de mutualismo, de co-dependência. O médico na Estratégia Saúde da Família não é um sanitarista, não se preocupa somente com causas sociais e públicas, há a capacitação técnica, que deve ser de qualidade. Veja o que ele relatou sobre sua vivência:

“Nós tínhamos uma ideia muito misturada da Medicina de família com a saúde coletiva brasileira, e ele trouxe a clínica de volta para a especialidade médica. Você não é simplesmente um sanitarista, um médico de saúde pública, você é clínico também. Não só para fazer momentos coletivos, rodas, grupos, mas também a clínica individual. É importante, pois as pessoas adoecem, e precisam do médico, pois este é o melhor profissional nessa hora. Saúde é para todos, mas doença é para o médico. É uma frase que eu aprendi.”

E relembrou as funções de médico de família:

“A flexibilidade da Atenção Primária, a importância de ser polivalente, o médico que resolva quase tudo, ou então encaminha para quem resolva, ser profissional comprometido com as causas da população, e ser elegante, fazer tudo isso com elegância. Eu acho que é isso!”

Em relação aos políticos, afirma que a especialidade não é apoiada por eles como deveria, apesar da satisfatória experiência em Massapê com o gestor secretário de saúde. Não há uma política vigente nas esferas de governo para um plano de cargos e carreiras do médico de família; não há distinção de médico especialista, com reconhecimento ou pré-requisitos obrigatórios. Além de não estimular a Medicina de Família, Galeno considera que a política a estimula negativamente, pela consolidação desta ser gestor-dependente.

O recente incentivo oficial do Ministério da Saúde para a especialidade foi equivocados. Reservou percentagem da prova das residências para quem trabalhasse na Estratégia Saúde da Família por um ou dois anos, ganhando, respectivamente dez e vinte por cento da totalidade da nota da prova. Aparentemente, parece uma medida de grande estímulo para médicos seguirem a carreira da Medicina de Família, porém, tem-se o resultado contrário: os profissionais vão atuar na Atenção Primária, com vistas na sua residência que antemão escolheram. Perpetuar-se-á a falta de compromisso e valorização na especialidade:

“[...] isso não é bom para a categoria de médicos de família, porque, pela primeira vez, o governo assinou em baixo, que o recém-formado é o melhor médico para atuar na Atenção Primária, com o objetivo de ficar ali por um tempo e depois ir para outro lugar, e não valorizar àquele que resolveu dedicar a vida àquilo. É mais uma ação para tentar levar o médico para os quatro cantos do país; concordo, com ressalvas.”

A nova Política da Atenção Básica de 2010 tentou implementar algumas melhorias para a Atenção Primária, mas Galeno não considera “ousadas” para a situação. Um exemplo foi permitir que o médico da Saúde da Família atuasse não mais exclusivamente com quarenta horas semanais de trabalho, mas acrescentou a possibilidade de trinta ou vinte horas. Medida polêmica também considerada pelo entrevistado, pois qualquer outro especialista pode vir trabalhar no posto de saúde, enfraquecendo assim a Medicina de Família:

“A carga horária é de vinte, trinta, ou quarenta horas (para o médico), para a categoria (do médico de família, que quer seguir a carreira) não é interessante, porque eu posso ser cardiologista, e cumprir 20 horas ali na Atenção Primária.”

Galeno também defendeu que o Brasil tem que mudar sua postura política em relação à Medicina de Família. Diz que já existem muitos especialistas no Brasil, aumentando com os anos (em 2006 havia 400 médicos cadastrado na Sociedade Brasileira de Medicina de Família, e em 2010, havia registro de 2500), fazendo-se presentes nas universidades, o que acontece em Sobral também (há quatro ou cinco colegas na universidade federal trabalhando). Alguns alunos já cogitam a ideia de seguir na especialidade. A estrutura política deve mudar. Nos países já citados, a categoria de médicos reivindicou melhorias e conquistou, resultando no melhorado quadro visto atualmente. Porém, no Brasil, o governo não quer investir, não quer reforçar no que precisa, somente generaliza, evidenciando que qualquer médico pode trabalhar na Estratégia Saúde da Família.

Ele defende que a residência deva ser condição *sine qua non* para o médico começar a trabalhar na Atenção Primária, o que se diferenciaria de hoje, por não haver motivos para realizar este curso, por todos os médicos serem tratados da mesma maneira:

“Neste momento, não tem porque fazer a residência, pois tanto faz fazer a residência ou não, o recém-formado tem o mesmo tratamento do cara que tem anos de experiência! Não existe uma política em relação a isso, ainda. Mas, mais cedo ou mais tarde, vai acontecer; a pressão continua. Daqui a pouco, todo mundo vai ter que ter residência; talvez em 2020, por exemplo, a gente já consiga que 100% de todos vão estar com residência, e vai ser uma obrigação atuar na Atenção Primária com ela, como é no Canadá, na Espanha, em Portugal. O Brasil vai ter que investir nisso.”

Em relação ao reconhecimento da sociedade e pacientes, Galeno tem certeza de que, quando a população brasileira receber um serviço de qualidade na Atenção Primária, demonstrará o devido valor que este médico especializado merece; é somente uma questão de causa e consequência. Como a saúde e a educação estão interligadas, a consequência em uma, resulta fatalmente, em resultados na outra. E, com investimentos em quaisquer das áreas, haverá melhores dos índices de desenvolvimento de um país, ou região.

4.3 “...Eu estou ali não só para encaminhar...”

A terceira entrevistada é uma jovem médica de 26 anos, cujo codinome será Hígia, formada por uma faculdade particular de Teresina-Piauí, em 2011. Atualmente, encontra-se trabalhando em um posto de saúde da Estratégia Saúde da Família, em Sobral.

Hígia foi a deusa da saúde da Mitologia grega.²¹ Infelizmente, a atuação das mulheres profissionais na área da saúde na História, só foi reconhecida tardiamente, não existindo assim, grandes nomes femininos na Antiguidade, como os pseudônimos dos dois médicos anteriores.

Ser médica já se constituía um de seus sonhos pueris, daqueles que se perseguem por toda a vida, pois seus tios exerciam a mesma profissão, eram oftalmologistas, além de existir incentivos dos pais. Tendo, assim, uma precoce e forte influência familiar na escolha da carreira.

Após estudar em escolas particulares no ensino fundamental e médio, realizou cursinhos pré-vestibulares, e tentou passar no vestibular de Medicina por dois anos, quase desistindo desta faculdade, pensando em entrar em Enfermagem, por causa das reprovações seguidas. Prática habitual existente antes do início do ENEM (Exame Nacional do Ensino Médio): realizar prova de vestibular para um curso da área da saúde menos concorrido, após não ter obtido sucesso em Medicina.

Enfim, conseguiu ingressar em uma faculdade particular no Rio de Janeiro, onde possuía parentes. Como era muito próxima à família imediata, tentou transferir a realização de seu curso para outra faculdade particular, mais próxima a Sobral, onde os pais residem. Foi estudar em Teresina, no caso. Ficou satisfeita com esta mudança.

No início do curso de Medicina, suas expectativas foram atendidas ao primeiro contato com as matérias básicas. Apesar de as disciplinas não mostrarem relação direta com os assuntos práticos médicos, Hígia não as menosprezou ou as considerou enfadonhas:

“Cursei no Rio de Janeiro os dois primeiros semestres da Medicina, me apaixonei, era realmente isso que eu queria, eu me apaixonava por tudo, desde a anatomia, até o ciclo de Krebs, que a gente não gostava na escola, tudo era bom, não tinha nada de ruim!”

Talvez, sua satisfação tenha se dado também pelo fato do sucesso ao ingressar na faculdade. Em Terezina, não relatou qualquer insatisfação na qualidade de seu curso por ser privado; pelo contrário, emitiu elogios sobre ele, ressaltando que ela e os colegas eram bem assessorados, em relação ao ensino, principalmente, nas aulas práticas. Até narrou sobre uma realidade em que vários alunos de faculdades de Medicina (públicas e privadas) frequentavam um determinado hospital, e somente os discentes de sua faculdade possuíam tutoria, estando os outros com o aprendizado autodidata:

²¹ <http://pt.wikipedia.org/wiki/H%C3%ADgia>

“Neste hospital de urgência, todas as faculdades entravam, era como o IJF (Instituto José Frota – maior hospital do Ceará de urgência e emergência, em Fortaleza), ficavam todos os médicos, e ninguém era de ninguém, e nós da FACID (Faculdade Integral Diferencial) tínhamos um preceptor, a faculdade não admitia nós ficarmos lá sem um médico, pago pela faculdade, auxiliando a gente. Na minha opinião, foi muito bom, não tenho do que reclamar.”

Ainda há esse preconceito nas entrelinhas acadêmicas, de que as faculdades privadas apresentam o ensino de pior qualidade em relação às públicas. Entretanto, essa realidade tem mudado, pela fiscalização frequente do MEC (Ministério da Educação) em todas as faculdades, principalmente através do Provão, prova realizada por alunos das faculdades nos últimos períodos da graduação.

A médica explica também, que, por ser uma faculdade privada, havia uma cobrança frequente dos alunos, para a qualidade do ensino não cair, ou evitar que a instituição não cumprisse os acordos pedagógicos prometidos.

No decorrer de seu curso, diz que cada disciplina era interessante, até lhe sugestionando para seguir cada especialidade como residência. Entretanto, a preferência pela oftalmologia acabou se confirmando até a formatura, especialidade que já tinha pré-determinada até mesmo antes de começar a Medicina, como foi visto. Afirmou que gostaria de seguir uma carreira que poderia diversificar a sua prática, e oftalmologia atendeu a seus requisitos, pois nela, tanto há oportunidade de atendimento ambulatorial, como também de procedimentos cirúrgicos simples, não complexos, que não demandem muito tempo ou esforço físico.

“Gostei de cirurgia, por conta da família, que já é oftalmo, eu também me identifiquei muito com a área, a gente fazia clínica e fazia a cirurgia, que era muito interessante, porque tanto gosto da parte clínica, quanto da cirúrgica. E eu ia excluindo o que eu não queria. Já estava definido que era oftalmo, na faculdade.”

De fato, alguns alunos do curso em questão, já o iniciam com a especialidade decidida, outros mudam de opinião conforme suas vivências, como no caso dos entrevistados anteriores.

O contato com a Medicina de Família deu-se de uma forma longitudinal na faculdade, ou seja, em cada semestre havia a disciplina, só que com um enfoque específico, como exemplifica:

“[...] todo semestre, a gente tinha uma disciplina de Medicina de Família e Comunidade, com enfoque em um assunto. Por exemplo, tinha um período que

tratava mais de criança e adolescente, então tinha uma disciplina voltada para a criança e o adolescente. No outro período, era ginecologia e obstetrícia, aí tinha a disciplina de Medicina de Família e Comunidade com esse enfoque. Então a grade curricular era bem distribuída. Todo semestre a gente acabava tendo a disciplina.”

Currículo organizado de tal forma, a fim de atender à nova estruturação nacional, em que o MEC orienta exatamente essa situação – abordagem longitudinal, diluir o assunto em cada semestre.

Entretanto, as condições das aulas práticas da disciplina não eram ideais: elas aconteciam em um ambulatório, anexo ao hospital, onde especialistas, não da Medicina de Família, consultavam pacientes previamente selecionados para este fim. Logo, não havia a caracterização real da Estratégia Saúde da Família, nem tão pouco o contato com a equipe de saúde. Os pacientes desse ambulatório apresentavam queixas e patologias básicas, como a Medicina de Família deve solucionar, mas em outro contexto que já é conhecido de Atenção Primária, não de Secundária, como explicado aqui.

No Internato, sim, houve os seis meses preconizados, de prática em *locus*, em um posto de saúde da prefeitura municipal de Terezina.

Uma turma de quatro a seis alunos acompanhavam um profissional médico, pago pela faculdade também, para dar assistência a uma equipe de saúde. Os alunos internos eram divididos para atendimento supervisionado. Não prestavam atendimento sozinhos, sempre acompanhados de um colega, o que conferiu a Hígia uma certa insegurança quando começou a trabalhar sozinha.

Refere que não saiu motivada desse serviço como acontecia com os demais. Não havia uma rotina atraente para o médico, tão pouco discussão de assuntos científicos, aulas de atualização, e o que mais lhe incomodou: pouca resolutibilidade de casos dos pacientes.

Como havia um grande hospital perto do seu posto de saúde, a médica que Hígia acompanhava preferia encaminhar os pacientes para especialistas frequentemente, como afirma:

“Ela não queria chegar para o paciente e resolver o seu problema, ela queria pegá-lo e encaminhar para o especialista, e o outro professor, pegava para resolver, se ele não conseguisse resolver só, aí ele encaminharia. E ela era médica de família, com residência, até fazia parte do Conselho de ética do CRM. Então, a professora influenciou negativamente para a minha visão de Medicina de Família.”

Havia colegas mais empolgados com seu estágio em outros postos, pois seus professores possuíam outra dinâmica de prática, o que levava os alunos até a pensar em cursar a residência de Medicina de Família. Ela citou o exemplo de dois colegas, que realmente

pensavam em seguir a carreira, após a graduação, pela grande influência do Internato em suas formações:

“Inclusive eu até tinha dois colegas da minha turma que queriam fazer a residência de Medicina de Família, mas que não passaram no mesmo rodízio desta professora que eu estou falando, mas pode ter tido alguma influência positiva de outras pessoas.”

Nota-se que, apesar da médica que a entrevistada acompanhava ser especialista na sua atuação, com residência preparatória, não havia boa prática de seu trabalho, ao ponto de não motivar os estudantes a pensar na possibilidade de seguir carreira como ela. O problema se encontrava com a profissional, com o sistema, com os alunos, ou todos tinham um pouco de culpa?

Enfim, a doutora Hígia graduou-se no Piauí há seis meses, e logo em seguida tentou a prova de residência para a oftalmologia lá, e também aqui no Ceará; e como considerou não ter estudado o suficiente, não obteve sucesso nas provas. Realizou curso preparatório no Internato para esta prova, com aulas aos domingos, mas, como o montante de matérias era excessivo, não conseguiu dar conta do estudo.

E como acontece de praxe, de acordo com os relatos dos entrevistados anteriores, os recém-formados reprovados nas provas de residências, inserem-se em um posto de saúde da Saúde da Família do município escolhido, a fim de se capitalizarem, preparando-se financeiramente para ingressarem em uma residência.

Em relação à residência de Medicina de Família e Comunidade, afirma que não lhe era desconhecida, sabia de sua existência pela Internet, mas, como já tinha escolhido a Oftalmologia, não se interessava para conhecê-la melhor.

Hígia escolheu a Estratégia Saúde da Família em Sobral para trabalhar, por sua família residir no município, seu noivo também e referiu existir mais estrutura de suporte de trabalho. Tinha a opção de ter uma remuneração maior, em municípios mais distantes, de acordo com conselhos de amigos, mas decidiu temporariamente ficar em um local mais próximo.

Relatou uma experiência considerada muito frustrante, ao trabalhar por um fim-de-semana, em um município próximo a Sobral, onde percebeu a importância de recursos necessários à atuação médica na Atenção Primária:

“[...] eu tive uma experiência que eu praticamente saí correndo do posto: fui num interior aqui perto, fui para trabalhar durante o dia, e não tinha um anti-hipertensivo, somente hidroclorotiazida (droga muito leve para o tratamento de hipertensão), e eu estava tentando induzir o paciente a comprar na farmácia popular os remédios

certos, e ele dizia: ‘Doutora, ou eu compro o remédio, ou o meu almoço’, então a estrutura do posto que eu passei era muito precária, era muito complicado de trabalhar.’ (grifo nosso)

Na sua prática em Sobral, surpreendeu-se com o trabalho de apoio da equipe multiprofissional, o que não existia na Atenção Primária em Teresina, de acordo com sua estágio prático no Internato, por seis meses. Com essa intervenção de outros profissionais, os pacientes são melhor atendidos, uma vez que o médico pode contar com uma orientação de outros colegas da saúde, pelo nutricionista ou psicólogo, por exemplo. Esclarecendo que não há um atendimento conjunto da equipe, mas encaminhamento do médico para estes outros profissionais de saúde na unidade de saúde.

Outra rotina bem-vista por Hígia no município foi a presença das preceptorias de especialidades médicas ocorrendo no posto de saúde. Médicos de outras especialidades, como psiquiatras, pediatras e ginecologistas, vêm ao local e atendem àqueles pacientes com casos de doenças mais graves e complexos, na presença do médico da equipe de saúde. Assim, os médicos interagem entre si, numa relação de troca: o médico de família aprende mais com o outro especialista, acompanha o paciente estabilizado de sua patologia, e o especialista externo diminui a sua demanda no ambulatório na Atenção Secundária. Experiência essa também nova para a médica em questão, pois não houve nada parecido nas suas vivências de posto de saúde na faculdade.

Apesar de não desejar seguir a carreira de médica de família, ela afirma que tenta realizar um bom trabalho no posto de saúde. Tem a consciência de que não está somente encaminhando pacientes para outros médicos, orienta-os como usar as medicações corretamente, usa todo o conhecimento que aprendeu, e se sente útil, ao ajudar os que precisam, e conhecer suas necessidades. Sobre isso, afirma:

“Eu estou no PSF, tentando resolver o problema do paciente, eu acho que eu estou ali, não só para encaminhar, eu quero fazer a minha parte. Já peguei vários pacientes com diabetes, fazendo a medicação errada, com subdose, glicemia lá em cima, muitos deles, misturam as medicações, não sabem como tomar, eu vejo que eu posso auxiliá-lo orientando, diminuindo suas medicações quando é possível, e aumentando a qualidade, eu vejo que eu faço a diferença. Eu não mando logo pro endocrinologista, eu sei o que fazer, basta eu explicar direitinho, que ele vai fazer.”

Após discorrer sobre suas experiências exitosas no posto de saúde, elenca também os motivos pelos quais não quer seguir carreira e se engajar na Medicina de Família.

A observação maior que ela aponta é a baixa remuneração. Não somente ao médico da Atenção Primária, mas aos profissionais que prestam serviço ao SUS. Diz que não há falta de médicos no país, o gargalo se dá no pagamento que o governo dá a eles:

“Em relação à remuneração, não só na Medicina de Família, mas também em relação ao SUS, ela é sem dúvida, complicada. Pois se você, como médica de PSF, quer encaminhar para um especialista, um angiologista, um cirurgião vascular, não tem. Não é que não tenha médico na cidade, não tem médico no SUS! Então é um problema do governo mesmo; qual é o médico que vai passar seis anos na faculdade, três na especialidade, e fora os que vão fazer mestrado e doutorado, pra depois vir para o SUS e ganhar insuficiente? Não tem. Realmente, a gente quando via de fora pensava: que absurdo, como é que esses médicos não atendem pelos SUS? Mas realmente, se você. for pesar, não vale a pena. Vale mais a pena, colocar uma consulta a cinquenta por cento de desconto, do que atender os milhares de pacientes do SUS, ganhando muito pouco.”

Em mais uma entrevista, confirma-se a principal reclamação que se dá na estrutura política da saúde no país. E como o médico de família tem sua maior remuneração vinda do governo, seu salário é defasado em relação aos ganhos privados.

Hígia afirma também que, por mais que esses especialistas tenham o mesmo prestígio técnico, teórico ou acadêmico comparados a outros médicos, não vão conseguir alcançar o mesmo reconhecimento financeiro, por motivos já colocados.

Outra razão porque não considera a Medicina de Família para seguir, é não julgar a mesma um ramo da Medicina resolutivo, é uma área de abordagem mais generalizada, e conclui que sempre haverá necessidade de encaminhamentos.

Conceito equivocado, pois o médico de família é um dos mais resolutivos da Medicina, pois ele deve conceder respostas, iniciais ou definitivas, para mais de oitenta por cento das queixas que chegam diante dele.

Apesar da satisfatória experiência com a equipe multiprofissional em Sobral, ela tem a certeza que os postos de saúde pelo país afora não têm condições de oferecer esse apoio na Atenção Primária, deixando os médicos e enfermeiros desprovidos de ajuda interprofissional. E isso dificulta muito a atratividade do médico para os postos. Acredita que facilitaria a existência de mais médicos de família, se a equipe de saúde local fosse completa e funcionasse integralmente.

Pela experiência relatada no posto de saúde com medicações insuficientes, atribui também a não permanência ou engajamento de profissionais, à estrutura física precária e à falta de insumos na Atenção Primária. Sendo frustrante o investimento árduo na carreira, não aplicando todo o seu conhecimento técnico, por falta de apoio político, resultando em tratamento incompleto para os pacientes.

Na concepção de Hígia, a Saúde da Família é um local de trabalho em que o médico deve valorizar sim, porém de acordo com sua disponibilidade, por dois ou três dias. O tempo que lhe sobra é reservado para o estudo da residência, ou para o especialista trabalhar na sua especialidade, ou seja, fazendo da medicina de família “um bico”. Não há motivos para engajamento, trabalhando em tempo integral e realizando todas as atividades que a Atenção Primária se propõe. Inclusive, ela não descarta de atender em um posto de saúde, por um período na semana, após ter terminado oftalmologia, e atender na sua especialidade na maioria de seus horários.

A doutora refere que o trabalho na Atenção Primária é satisfatório também para quem já tem estabilidade familiar; até cita um exemplo de uma colega que não vai mais tentar alguma residência hospitalar, mas que possui outros empregos também:

“Eu acho que pra quem quer uma estabilidade, o PSF é uma boa escolha. Vou dar um exemplo, eu tenho uma colega que quer muito infectologia. Mas ela já é casada, já está grávida, formou junto comigo há seis meses, está adorando, está num PSF do Piauí, a remuneração é boa, por conta do tempo que trabalha, ela só tira dois dias na semana para ir pro posto, os outros dias ela tira um plantão no hospital, e ela é médica do SAMU, ela não tem muito pra onde correr; ela tentou a prova de infectologia, não passou, disse que está ganhando bem, para o que está trabalhando, e ela diz que até pensou em fazer a residência de medicina de família. E olhando bem pra ela, pensando que ela tem que se fixar num local, que construir uma vida com marido e com filho, eu acho que pra ela é uma proposta boa, [...]”

Confirma-se também o que o doutor Hipócrates relatara: a Medicina de Família só se torna uma opção, após fracasso na prova de residência de outras especialidades. Nota-se também que o tempo de trabalho na Estratégia é insuficiente para o engajamento na medicina de família; não se consegue fazer uma medicina preventiva e curativa em dois dias de atendimento num posto de saúde. Então, o médico vai para “apagar incêndio”, e diminuir a fila de pacientes que querem se consultar e resolver seus problemas imediatamente, pois não há oportunidade para retorno.

Enfim, Hígia acredita que os médicos vão continuar atendendo nos postos de saúde no Brasil. Aliás, ela até recomenda que todo médico deveria trabalhar na Saúde da Família, a fim de entender a realidade dos pacientes; porém, em poucos dias de trabalho, com a mesma remuneração de quarenta horas, e não se engajando na Atenção Primária. O que ela afirma:

“No PSF, na verdade, eu posso lhe dizer com certeza, que todos os médicos que se formam, tem que passar, pois a gente aprende muito, a gente vê uma diversidade, a gente vê do que as pessoas estão tendo necessidade, pelo que elas estão passando. Eu acho que o médico do PSF vai se manter, pois não pode ficar sem, pois apesar de

tudo, a gente faz a diferença, a gente vê que o trabalho é muito, a remuneração é pouca, mas ainda tem muito paciente precisando do nosso trabalho. Um dia após o outro, o posto de saúde lotado. Não tem como não ter!”

Ela disse que ficou sabendo, no fim da faculdade, das cotas da prova de residência ao trabalhar no posto de saúde (dez por cento para quem trabalha por um ano e vinte por cento por dois anos). E acha que esta é mais uma estratégia de atrair o médico para a Atenção Primária. Note que não foi dito ‘atrair para a Medicina de Família’, mas para a Atenção Primária. Ratificando o que o doutor Galeno afirmou: essa estratégia irá atrair profissionais recém-formados, a fim de ganhar créditos para sua especialidade definitiva. A quantidade de médicos aumentará, mas sem qualidade específica adequada.

Hígia decidiu, há pouco tempo, deixar de trabalhar em Sobral, para aceitar a proposta de trabalho em outro município; pois lá, seu salário será mantido, além de seus dias de trabalho diminuírem, de quatro, para dois. Ela precisa de tempo para realizar um curso de especialização, em cardiologia. Mesmo não sendo na área em que deseja fazer a residência, diz que o médico sempre tem que estar estudando ou fazendo cursos, e não houve atualizações enquanto trabalhara em Sobral. Apesar de todos os benefícios que citou em um trabalho com melhores condições, os mesmos não foram suficientes para convencê-la a permanecer, muito menos se engajar na Medicina de Família de Sobral. A residência em Medicina de Família não é opção, por não querer seguir carreira nela. Finaliza com sua fala de mudança de trabalho:

“Então decidi trocar Sobral por outro interior, que me paga a mesma coisa, mas com dois dias de trabalho, pois vou ter mais tempo pra estudar, pois o médico não pode parar, eu tenho sempre que estar me atualizando, e estudando pra passar na residência.”

Existem mais Híguas, do que Hipócrates, e muito menos, Galenos, trabalhando na ESF. Espera-se que essas proporções se invertam, algum dia, na “ paciência histórica” de Galeno.

5 CONCLUSÕES

Diante das entrevistas dos três médicos ligados à Estratégia Saúde da Família em Sobral-CE, pode-se chegar a algumas conclusões, e assim, atender aos objetivos da pesquisa.

Embora não houvesse o intuito de observar algumas conclusões afirmadas a seguir, estas foram consequências de constatações a partir das narrativas dos entrevistados. E, como se mostraram importantes para esta dissertação, perder-se-iam, se não fossem mencionadas.

No que se refere à escolha da carreira profissional na Medicina, as motivações citadas pelos sujeitos da pesquisa foram: familiares, onde membros do núcleo familiar podem interferir direta ou indiretamente na decisão da profissão; idealistas, pois os médicos, motivando-se por valores altruístas e humanitários, acreditam que podem praticar esses princípios como profissionais; identificação por personalidade, sendo um curso desafiador, para quem tem a decisão de enfrentar a concorrida prova de seleção de entrada na faculdade. A motivação de um bom retorno financeiro não foi referida, pois há profissões com salários no mesmo patamar ou maiores que o ordenado médico, como afirmou Galeno.

Os alunos do curso em questão provêm de classes sociais mais abastardas, sendo que a maioria deles cursa o ensino fundamental e médio em escolas privadas, como foi o caso dos três médicos em questão.

A mudança de *Curriculum* nacional dos cursos de Medicina, a partir dos anos 2000, a fim de conferir mais ênfase à APS na faculdade, com disciplinas longitudinais, foi verificada, como informou a terceira entrevistada, por ter tido o contato com a saúde comunitária, a partir dos primeiros períodos de estudo. As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina defendem que o objetivo das escolas médicas é formar um profissional generalista, com visão mais humanista. Fato sabido não ter ocorrido com os outros anteriormente investigados, por terem ingressado na Medicina antes da implementação da nova grade curricular. Com a nova proposta, o contato com a APS se dá logo no início do curso, e no decorrer dele, de uma forma diluída, mas interligada, não restringido os estudantes à entrada do posto de saúde somente nos últimos semestres, como ocorria anteriormente.

Apesar desse contato precoce no posto de saúde, não se percebeu aumento do interesse dos alunos pela residência de MFC, como ocorreu com a Dra. Hígia. A vivência na saúde comunitária se mostrou pouco estimulante no período do Internato.

O número insuficiente de médicos na MFC, dá-se também pelo tímido apoio político dado à mesma. Não há encorajamento por parte dos gestores de se cursar a Medicina

de Família, pois qualquer médico ingressa na ESF. Não há pré-requisito de especialização para atuar. Não há incentivo de quaisquer naturezas. Então, por que seguir uma carreira que não promete reconhecimento e crescimento profissional? A especialidade tem representatividade social baixa, por todos os setores envolvidos; quem desejar permanecer, deve se posicionar firmemente para defender seus ideais.

O governo concede incentivo à APS como um todo, não especifica e diretamente a essa especialidade médica apropriada para trabalhar nos postos de saúde.

O tímido estímulo para povoar a Atenção Primária de médicos (note: não se falou agora, de engajar, nem de médicos de família), foi conceder as cotas nas provas de residências no Brasil para quem trabalhasse por um ou dois anos no posto de saúde. Assumindo, ainda indiretamente, que o recém-formado é o médico apropriado para APS, como lembrou Galeno em sua narrativa. Conceito equivocado, pois a Medicina de Família é uma especialidade reconhecida pelo CFM, ainda que com tecnologias leves, mas é a responsável pelo encaminhamento para outras especialidades do sistema de saúde, o que deve ocorrer minimamente, reforçando a resolutibilidade de mais de oitenta por cento do atendimento dos pacientes na APS.

Outra medida do governo federal a fim de atrair mais médicos para a ESF foi diversificar a carga horária de trabalho de quarenta, trinta ou vinte horas semanais. O que não fortalece a Medicina de Família, pois outros especialistas também podem trabalhar na área, sem estarem devidamente capacitados, como a Dra. Hígia até propôs: vai ser oftalmologista, e nada impede de atender no PSF, mas como um “bico”.

Por isso, houve unanimidade nas falas dos médicos entrevistados, quando criticaram o sistema político na saúde equivocado para o Brasil. Além de o sistema privado de saúde receber mais financiamento, as redes secundária e a terciária de atenção à saúde recebem mais verba pública; os funcionários da APS não são capacitados, remunerados ou reconhecidos adequadamente para gerirem o sistema e ser porta de entrada para todas as outras redes. E o médico de família embarca nessa onda de desvalorização.

Sendo assim, as outras especialidades são mais valorizadas pelo sistema de saúde, com remuneração maior, valorização social, e melhores incentivos políticos, com o que muito se mostrou insatisfeito Dr. Galeno.

Diante de muitas desvantagens na Medicina de Família frente a outras especialidades da Medicina, esta acaba em descrédito, por não demonstrar atrativos para os médicos egressos da faculdade.

Em contrapartida, o médico de família não dispõe somente do sistema público de postos de saúde, para exercer sua profissão. O Dr. Galeno ratificou essa afirmação, pois exemplificou que alguns colegas de especialidades já possuem um atendimento privado em consultórios e participarem da gestão de outros órgãos públicos, que não na APS.

Outras condições que manteriam o médico na ESF, com engajamento acima de tudo, seriam: contato direto com a academia, participando de residência específica, docência ou especializações; e interação contínua com a equipe interdisciplinar, não somente encaminhando paciente para outros profissionais, mas interagindo juntamente com eles em consultas ou em atividades educativas, como surpreendeu e satisfez ao Dr. Hipócrates, juntamente com Dra. Higia.

Uma discussão levantada pelos dois médicos foi a falta de crescimento na carreira do médico de família na própria APS. Para este se destacar e angariar reconhecimentos deve sair do seu trabalho, da sua equipe, para outros setores da saúde. O médico deveria receber suas recompensas enquanto médico na APS, por exemplo: através de estatísticas que comprovassem seu papel na medicina preventiva, de atividades educacionais, com índice de melhora na qualidade de vida da sua população assistida, resultando assim, em uma política de plano de cargos e carreira. Outra sugestão é seguir as recomendações dos médicos espanhóis, em seu relatório da APS no Brasil concedendo incremento salarial ao médico de família, conforme critérios já citados (o pagamento de um incentivo per capita, em torno de 20% do salário – ajustado por idade dos pacientes, pelo âmbito geográfico-urbano, rural, remoto, baixo Índice de Desenvolvimento Humano e, no futuro, por carga de morbidade dos pacientes). Fatos que acontecem em outros países, com APS fortalecida.

De acordo com os relatos nesta pesquisa, a ESF é a opção mais provável para o médico recém-formado trabalhar temporariamente (enquanto aguarda ter sucesso na prova de residência hospitalar que ele escolheu), a fim de se capitalizar para cursar a especialização (esta com uma bolsa estudantil de baixo valor).

Uma prática comum desses médicos recém-graduados é desejar trabalhar em municípios onde a remuneração é alta em relação aos municípios de maior porte, além de condicionar seu trabalho a uma carga horária semanal reduzida, a fim também de estudar para a prova de residência (apesar da permanência do salário correspondente a quarenta horas). O compromisso com a proposta do SUS e da Medicina de Família não são priorizados, pois não se consegue realizar todas as atividades demandadas num posto de saúde, com dois a três dias de trabalho. Há a prioridade de atender os pacientes doentes, com queixas de saúde, e a principal proposta da APS torna-se descartada pelo médico: prevenir, orientar, educar.

Uma retrospectiva ampliada da trajetória, que reveja as escolhas feitas e as consequências delas decorrentes, requer a contextualização da realidade em que se vive. Deve-se refletir e perguntar: qual a motivação dos projetos de vida-trabalho pelos que se têm conduzido? As pessoas e seus planos mudam em quê? O que se conserva dos desejos que continuam do caminho inicial? Quais as mudanças feitas? O que se fez dos antigos sonhos, enquanto escolhas de vida?

De uma certa forma, um dos objetivos das narrativas autobiográficas, é levantar essas indagações para os sujeitos-narradores-atores, fazendo-os repensar a própria formação, entender suas vivências profissionais, não se desvinculando de dimensões históricas e pessoais, compreendendo os estímulos que os levaram às decisões tomadas até atualmente. Após essas análises, tenta-se ressignificar o profissional que se formou, com suas ideias transformadas, ou consolidadas.

Portanto, os sujeitos e suas escolhas são o resultado de suas vivências, direta ou indiretamente, interligados às relações sociais. As ligações constantes e permanentes fazem uma história, uma cultura das quais não se pode se desvencilhar, sendo influenciado e influenciando.

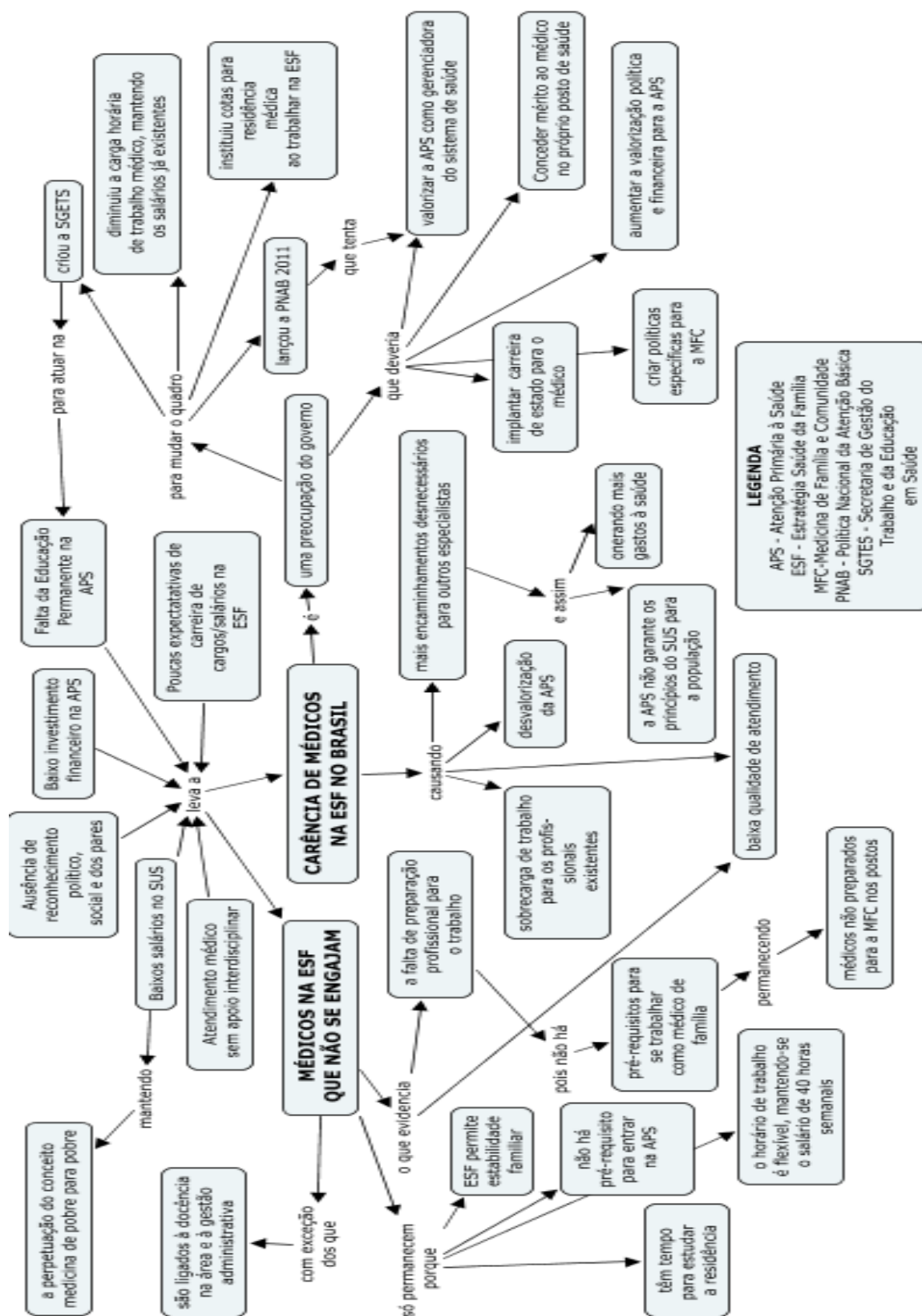
5.1 Mapa conceitual

A fim de organizar os conceitos esclarecidos aqui e as interrelações entre eles, optou-se por inserir nessas conclusões uma ferramenta com a qual obteve-se contato ao longo das disciplinas deste curso de mestrado: o mapa conceitual.

O mapa conceitual é uma estrutura esquemática para representar um conjunto de conceitos imersos numa rede de proposições. Ele é considerado como um estruturador do conhecimento, na medida em que permite mostrar como o conhecimento sobre determinado assunto está organizado na estrutura cognitiva de seu autor, que assim pode visualizar e analisar a sua profundidade e a extensão. Ele pode ser entendido como uma representação visual utilizada para partilhar significados, pois explicita como o autor entende as relações entre os conceitos enunciados. O mapa conceitual se apóia fortemente na teoria da aprendizagem significativa de David Ausubel, que menciona que o ser humano organiza o seu conhecimento através de uma hierarquização dos conceitos (TAVARES, 2007).

Logo, o mapa a seguir tem a intenção de fixar e melhor evidenciar as relações entre os principais conceitos trabalhados nessa dissertação.

MAPA CONCEITUAL



REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. C. P; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. Debates. **Interface**, agosto, 2001.
- ANDERSON, M. I. P; GUSSO, G; CASTRO FILHO, E. D. Medicina de Família e Comunidade: especialistas em integralidade. **Revista APS**, v.8, n.1 ,p.61-67, jan./jun. 2005.
- BOLZE, Maurício de Garcia *et al.* Vínculos empregatícios de Médicos de Família e Comunidade no Brasil, 2004. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, Sept. 2010.
- BALANDIER, Georges. **O Poder em Cena**. Brasília: UNB, 1992.
- BILLIG, M. **Arguing and Thinking: A Rhetorical Approach to Social Psychology**. Cambridge: Cambridge University Press, 1987.
- BRANDÃO, V. M. A. T. Memória (auto) biográfica como prática de formação. **Revista@mbienteeducação**, volume 1, número 1, Jan/Julho 2008. Disponível em: http://www.cidadesp.edu.br/old/revista_educacao/index.html. Acesso em: 27/01/2012
- BRASIL. Ministério da Saúde. **A concepção dos pólos como recurso institucional de capacitação, formação e educação permanente de pessoal para saúde da família: etapa 3**. Brasília, DF, 2002b.
- _____. Ministério da Saúde. **Avaliação da implementação do Programa de Saúde da Família em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados**. Brasília, DF, 2002a.
- _____. Ministério da Saúde. **Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família — 2001/2002**. Brasília,DF, 2004a.
- _____. Ministério da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília, DF, 2002.
- _____. Ministério da Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição**. Brasília, DF, 2001b.
- _____. Ministério da Saúde. **Guia prático do programa saúde da família**. Brasília, DF, 2001.
- _____. Ministério da Saúde. **Informe da Atenção Básica n. 18**, 2003.
- _____. Ministério da Saúde. **Manual operacional para comitês de ética em pesquisa**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006a.
- _____. Ministério da Saúde. **Nova Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011
- _____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- _____. Ministério da Saúde. **Perfil dos médicos e enfermeiros do PSF**. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde Trabalho e da Educação na Saúde**. Brasília, DF, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família: Saúde dentro de casa**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

_____. Ministério da Saúde/Ministério da Educação. **Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos expedidos por universidades estrangeiras (Revalida)**. Brasília: Ministério da Saúde/Ministério da Educação, 2011.

_____. Ministério da Saúde/Ministério da Educação. **Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde/Ministério da Educação, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Educação, 1997.

_____. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal; 1988.

CABRAL FILHO, W. R.; RIBEIRO, V. M. B. A Escolha Precoce da Especialidade pelo Estudante de Medicina: um Desafio para a Educação Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, mai./ago. 2004.

CAMARGO JR, K. R. Um ensaio sobre a (In) Definição de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 35-44.

CAMPOS, C. V. A; MALIK, A. M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. **RAP**. Rio de Janeiro 42(2):347-68, mar./abr. 2008.

CAMPOS, F. E. *et al.* Reflexões sobre Saúde da Família no Brasil: desafios e oportunidades. In: **Revista Brasileira Saúde da Família**, ano II, nº 5. Edição Especial, p.73. Brasília, 2002.

CAPOZZOLO, A. A. **No olho do furacão: trabalho médico e o Programa de Saúde da Família**. 2003. 269f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) — Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

CAREGNATO R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2006 Out-Dez; 15(4): 679-84

CASTRO, A. L. B.; MACHADO, C. V. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, Apr. 2010.

CAVALCANTE NETO, P. G. **Opiniões de estudantes de medicina sobre as perspectivas de especialização e prática profissional no programa saúde da família** – dissertação (Mestrado) Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.

CFM. Conselho Federal de Medicina. **O médico e seu trabalho**. Brasília: CFM, 2004.

COMISSÃO DE REFORMA CURRICULAR. **Projeto Pedagógico do Curso de Medicina**: um novo currículo. Fortaleza: Imprensa Universitária, UFC, 2001.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS EM SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. Alma-Ata, URSS, 1978.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. de Saúde Pública** 2008; Rio de Janeiro, 24(supl. 1):7-27.

COSTA, G. D.; COTTA, R. M. M.; FERREIRA, M. L. S.; REIS, J. R.; FRANCESCHINI, S. C. C. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Rev. Bras. de Enfermagem** 2009; Brasília, 62(1):113-8.

COTTA, R. M. M e cols. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde; **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, volume 15 - Nº 3 - jul/set de 2006.

CREMESP/CFM. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/Conselho Federal de Medicina. **Demografia Médica no Brasil**: dados gerais e descrições de desigualdades. Coordenação: SCHEFFER, Mário; BIANCARELLI, Aureliano; CASSENOTE, Alex. São Paulo: CREMESP/CFM, 2011.

DAL POZ, M. R. Cambios en la contratación de recursos humanos: el caso del Programa de Salud de la Familia en Brasil. **Gaceta Sanitária**, v. 16, n. 1, p. 82-88, feb. 2002.

DONNANGELO, M. C. **Medicina e Sociedade**: o médico e seu mercado de trabalho. São Paulo: Pioneira, 1975.

ESTIGARA, A. Consentimento livre e esclarecido na pesquisa envolvendo seres humanos. A distância entre o “dever ser” e o “ser”. **Jus Navigandi**, Teresina, ano 11, n. 1144, 19ago. 2006. Disponível em: <<http://jus.com.br/revista/texto/8803>>. Acesso em: 2 fev. 2012.

FALK, J. W. **A especialidade medicina de família e comunidade no Brasil**: aspectos conceituais, históricos e de avaliação da titulação dos profissionais. sua entidade nacional: histórico e perspectivas. [Tese de doutorado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2005.

_____. A Medicina de família e comunidade e sua entidade nacional: histórico e perspectivas. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.l.], v. 1, n. 1, p. 5-10, abr. 2004.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GAGNEBIM, J. M. **História e Narração em Walter Benjamin**. São Paulo: Perspectiva, 1999.

GIOVANELLA, L; MENDONÇA, M.H.M. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

GIRARDI, S. N.; CARVALHO, C. L. Contratação e qualidade do emprego no Programa de Saúde da Família no Brasil. In: FALCÃO, A. *et al.* (Orgs.). **Observatório de recursos humanos no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

GÉRVAS, J.; FERNÁNDEZ, M. P. **Relatório**: É possível transformar o círculo vicioso de má qualidade em um círculo virtuoso de boa qualidade, no trabalho clínico e comunitário na atenção primária no Brasil. Clínicos gerais, Equipe CESCA, Madri, Espanha, 2011.

HALBWACHS, M. **A memória coletiva**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais Ltda, 1990.

HENRY, P. Os Fundamentos Teóricos da Análise Automática do Discurso de Michel Pêcheux (1969). IN. **Por uma Análise Automática do Discurso**: uma introdução à obra de Michel Pêcheux. São Paulo: Unicamp, 1990.

INIGUEZ, L.; ANTAKI, C. El analisis del discurso en psicologia social. **Boletín de Psicología**, 44p. 57-75 [s.n.t.],1994.

IZQUIERDO, I. **A arte de esquecer**. Cérebro, memória e esquecimento. Rio de Janeiro: Vieira&Lent, 2004.

JOSSO, M. C. **Experiências de Vida e Formação**. Lisboa: Educa, 2002.

LAMPERT, J. B. Currículo de Graduação e o Contexto da Formação do Médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 7-19, jan./abr. 2001.

LEITE, R.F.B.; Veloso, T. M. G.; Limites e Avanços do Programa Saúde da Família de Campina Grande: um estudo a partir de representações sociais. **Rev. Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.18, n.1, p.50-62, 2009.

LOCH-NECKEL, Gecioni *et al.* Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, vol.14 supl.1 Rio de Janeiro Sept./Oct.2009.

MACHADO, M. H. **Os médicos no Brasil**: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

_____. Programa de Saúde da Família no Brasil: algumas considerações sobre o perfil dos médicos e enfermeiros. In: SOUSA, M. F. (Org.). **Os sinais vermelhos do PSF**. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 125-132.

MACIEL FILHO, R.; e PIERANTON, R. C. O médico e o mercado de trabalho em saúde no Brasil: revendo conceitos e mudanças. In: FALCÃO, A. *et al* (Orgs) **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil**. Estudos e Análises. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

MACIEL FILHO, R; BRANCO, M. A. F. **Rumo ao interior**: médicos, saúde da família e mercado de trabalho. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: MATTOS, R. A.; PINHEIRO, R. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001.

MÉDICI, A. C. *et al.* **O mercado de trabalho em saúde no Brasil**: estrutura e conjuntura. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 1992.

MENDES, Eugenio Vilaça. **Uma agenda para saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MENESES E ROCHA, A. A. R.; TRAD, L. A. B. The professional trajectory of five physicians working in the family health program: the challenges of building a new practice. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.9, n.17,p.303-16, mar/ago 2005.

MOREIRA, S. N. T. *et al.* Processo de significação de estudantes do curso de medicina diante da escolha profissional e das experiências vividas no cotidiano acadêmico. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, 2006.

NÓVOA, A. (org.) **Vidas de professores**. Porto: Porto Editora, 1993.

OMS. WONCA. **Como tornar a prática e a educação médicas mais adequadas às necessidades de saúde da população**: a contribuição do médico de família, 1994. Disponível em: <<http://www.globalfamilydoctor/publications/>>. Acesso em: 16 de março de 2011.

OMS. **Relatório Mundial de Saúde 2008**: Atenção Primária em Saúde Agora Mais Que Nunca, 2008.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Leitos por habitantes e médicos por habitantes. Nota de Esclarecimento**. 2003. Disponível em <http://www.opas.org.br/sistema/fotos/leitos.pdf>. Acessado em 22/10/2011.

ORLANDI, E. P. **As formas do silêncio: no movimento dos sentidos**. 4. ed. Campinas: UNICAMP, 1997.

PASSEGGI, M. C.; SOUZA, E. C.; VICENTINI, P. P. Entre a vida e a formação: pesquisa (auto)biográfica, docência e profissionalização. **Educação em Revista**. Belo Horizonte. v.27. n.01, 2011.

PEREZ, P. B.; LÓPEZ-VALCÁRCER, B. G.; VEJA, R. S. **Oferta, demanda y necesidad de médicos especialistas en Brasil**: proyecciones a 2020. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, 2011.

PERPÉTUO, I. H. O. *et al.* **A categoria profissional dos médicos : fatores condicionantes da sua atração e fixação na Atenção Primária à Saúde em Minas Gerais** – Belo Horizonte :Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Nig.One/UFGM, 2009.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

RONZAN, T. M.; RIBEIRO, M. S. Práticas e Crenças do Médico de Família. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, set./dez. 2004.

SANT'ANA, Ana Maria. **A propósito da medicina de família**. Disponível em http://www.sbmfc.org.br/media/file/artigos/aproposito_medicina_familia.pdf. Acesso e 11 de abril de 2011.

SANTOS, B. S. **A Crítica da Razão Indolente**: contra o desperdício da experiência. São Paulo: Cortez,2000.

SEIXAS, P. H. D'A. *et al.* **Migração Médica no Brasil**: Tendências e Movimentações. Disponível em <http://www.observarhsp.org.br>, 2007/2008. Acesso em 12/02/2012.

SILVA, A. C. M. A. e *et al* . A estratégia saúde da família: motivação, preparo e trabalho segundo médicos que atuam em três distritos do município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro, Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 1, mar. 2010.

SISSON, M C. Implantação de programas e redefinição de práticas profissionais. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, 2009 ; 33 (1 Supl. 1): 92-103. .

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE (SBMFC). **A Medicina de Família e Comunidade, a Atenção Primária à Saúde e o Ensino de Graduação: recomendações e potencialidades**. Disponível em: <[http://www.sbmfc.org.br/site/bib/download/MFC na Graduacao_SBMFC.pdf](http://www.sbmfc.org.br/site/bib/download/MFC_na_Graduacao_SBMFC.pdf)>. Acesso em: 10 out. 2011.

_____. **Breve histórico da MFC no Brasil**. Disponível em: <<http://www.sbmfc.org.br/site/sbmfc/historia.asp>>. Acesso em: 11 fev. 2011a.

SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.14 (supl.1). Rio de Janeiro, 2009.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, 2004.

_____, B.; SHI L, MACINKO J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. **Milbank Q**. 2005;83(3):457-502.

TAVARES, R. **Ciências & Cognição**. 2007, vol. 12: 72-85.

The Belmont Report: Ethical Guidelines for the Protection of Human Subjects. National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research Washington: DHEW Publications (OS) 78-0012, 1978.

TESTA, M. **Pensamento estratégico e lógica da programação: o caso da Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1995.

VAN OFFENBEEK, M. A. G.; KIEWIET, D. J.; OOSTERHUIS, M. J. The compatibility of future doctors' career intentions with changing health care demands. **Medical Education**, v. 40, p. 530-538, 2006.

WORLD ORGANIZATION OF FAMILY DOCTORS (WONCA). **A Definição Européia de Medicina Geral e Familiar**. [S.l.: s.n.], 2002. Disponível em: <<http://www.sbmfc.org.br/site/bib/download/Definicao-europa2002.pdf>>. Acesso em: 13 fev. 2011.

APÊNDICES

Apêndice A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PESQUISA: MÉDICO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA - MANTER-SE OU ENGAJAR-SE? UM ESTUDO QUALITATIVO SOBRE A PERMANÊNCIA DESTE PROFISSIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

PESQUISADORA: RICARLA MARIA OLIVEIRA BRITO DO BOMFIM

Esta pesquisa pretende compreender os motivos que asseguram a permanência/engajamento dos profissionais médicos na Estratégia Saúde da Família do município de Sobral-CE, a partir de discursos dos entrevistados, investigando a trajetória de vida acadêmica no ensino superior, a partir de narrativas autobiográficas.

O anonimato dos participantes está garantido já que as identidades e situações próprias dos mesmos não irão ser revelados, e apenas a pesquisadora e o orientador terão acesso a esse material (entrevistas e transcrição das mesmas); suas falas não serão publicadas na íntegra; apenas algumas citações poderão ser utilizadas na redação final, sem que seus autores venham a ser identificados. Um dos objetivos específicos é apresentar a pesquisa aos entrevistados, após os dados trabalhados, ratificando assim, a garantia de sua aprovação em participar da pesquisa.

A pesquisa tem finalidade acadêmica e destina-se à elaboração da Dissertação de Mestrado da pesquisadora, para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará, sob orientação da Prof. Dr. José Olinda Braga.

Declaro ter sido informado(a) das finalidades e do desenvolvimento da pesquisa e que concordo em participar da mesma. Tenho ciência de que poderei recusar-me a responder a qualquer pergunta e que posso negar-me a participar do estudo.

Assinatura do Participante

Assinatura da Pesquisadora

Apêndice B: Carta de Apresentação

Prezado(a) Colega,

Sou Ricarla Bomfim, médica de família e comunidade. Estou desenvolvendo uma pesquisa sobre a permanência do médico na Estratégia Saúde da Família. O título é: “**Médico na Estratégia Saúde da Família - manter-se ou engajar-se? Um estudo qualitativo sobre a permanência deste profissional na Atenção Primária à Saúde**”.

Conforme demonstram artigos e trabalhos, há necessidade de quantidade e qualidade de mão-de-obra médica na Atenção Primária à Saúde no Brasil, situação vigente também em Sobral. Entretanto, com todas as medidas governamentais tomadas, o cenário não está mudando. O objetivo geral da pesquisa é **compreender os motivos que asseguram a permanência/engajamento dos profissionais médicos na Estratégia Saúde da Família do município de Sobral-CE.**

Neste sentido, estou solicitando sua colaboração e participação ao responder esta entrevista, com abordagem qualitativa, narrando sobre sua formação profissional, motivações e aspectos relevantes.

Gostaria de deixar claro para você, que sua identidade não será revelada, com seu anonimato e autonomia preservada. Logo, não haverá qualquer tipo de cobrança ou perseguição a quem preferir não contribuir com a pesquisa. Caso se sinta constrangido(a), ou envergonhado(a), com alguma pergunta, você tem o direito de não respondê-la ou parar de responder à entrevista.

Caso não aceite participar do estudo, basta informar a qualquer momento da entrevista. Se, do contrário, for participar, responda a entrevista semi-estruturada a seguir.

Informo, ainda, que:

- Sua colaboração e participação poderão trazer benefícios para a melhoria do Ensino Médico e do Sistema Único de Saúde;

- Responder a esta entrevista não trará nenhum risco para você;

- O Sr(a) poderá entrar em contato comigo ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (CEP-UVA), localizado à Avenida Comandante Maurocélvio Rocha Ponte, 150 - Derby - Sobral/CE - 62.040-370; telefones: (88) 3677-4255 / (88) 3677-4242, e-mail: uva_comitedeetica@hotmail.com ou pelo meu celular (88) 9614.7735.

- Gostaria muito de poder contar com sua colaboração.

Atenciosamente,

Ricarla Maria Oliveira Brito do Bomfim

Apêndice C : Questionário COMO VEJO MEU TRABALHO**Termo de Consentimento**

Solicitamos seu consentimento para coletar suas respostas nesta pesquisa. Por gentileza, assinale uma opção:

- Aceito participar, voluntariamente, desta pesquisa.
- Não aceito.

Dados pessoais

Idade:

Sexo:

Profissão

- Enfermeiro
- Médico
- Dentista
- ACS
- Auxiliar saúde bucal
- Auxiliar enfermagem

Tempo de trabalho no Saúde da Família

- Menos de 1 ano
- De 4 a 6 anos
- Acima de 10 anos
- De 1 a 3 anos
- De 7 a 10 anos

Tempo de trabalho na equipe atual

- Menos de 1 ano
- De 4 a 6 anos
- Mais de 10 anos
- De 1 a 3 anos
- De 7 a 10 anos

Qual seu vínculo empregatício?

- Concursado
- Concursado com CLT
- Contratado sem CLT
- Comissionado
- Outro

Outro (especifique)

Avalie seu nível de satisfação profissional em relação aos fatores abaixo relacionados:

Salário	<input type="radio"/> Muito satisfeito	<input type="radio"/> Satisfeito	<input type="radio"/> Indiferente	<input type="radio"/> Insatisfeito	<input type="radio"/> Muito insatisfeito
Oportunidades de aprimoramento	<input type="radio"/> Muito satisfeito	<input type="radio"/> Satisfeito	<input type="radio"/> Indiferente	<input type="radio"/> Insatisfeito	<input type="radio"/> Muito insatisfeito
Relações de trabalho na equipe	<input type="radio"/> Muito satisfeito	<input type="radio"/> Satisfeito	<input type="radio"/> Indiferente	<input type="radio"/> Insatisfeito	<input type="radio"/> Muito insatisfeito
Estrutura física	<input type="radio"/> Muito satisfeito	<input type="radio"/> Satisfeito	<input type="radio"/> Indiferente	<input type="radio"/> Insatisfeito	<input type="radio"/> Muito insatisfeito
Materiais e insumos	<input type="radio"/> Muito satisfeito	<input type="radio"/> Satisfeito	<input type="radio"/> Indiferente	<input type="radio"/> Insatisfeito	<input type="radio"/> Muito insatisfeito
Reconhecimento profissional pela equipe	<input type="radio"/> Muito satisfeito	<input type="radio"/> Satisfeito	<input type="radio"/> Indiferente	<input type="radio"/> Insatisfeito	<input type="radio"/> Muito insatisfeito
Reconhecimento profissional pelos usuários	<input type="radio"/> Muito satisfeito	<input type="radio"/> Satisfeito	<input type="radio"/> Indiferente	<input type="radio"/> Insatisfeito	<input type="radio"/> Muito insatisfeito
Reconhecimento profissional pela Gestão	<input type="radio"/> Muito satisfeito	<input type="radio"/> Satisfeito	<input type="radio"/> Indiferente	<input type="radio"/> Insatisfeito	<input type="radio"/> Muito insatisfeito

Que outros fatores contribuem para sua satisfação ou insatisfação no trabalho?

Qual a sua opinião sobre a situação atual da Estratégia Saúde da Família em Sobral?

ANEXO

Anexo A – Recomendações do Comitê de Ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DE ANÁLISE DE PROTOCOLO DE PESQUISA

I IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO			
Processo Nº : 490032 CAEE: 2516.0.000.039-12	Protocolo Nº : 1098	Data de entrada CEP: 27/02/2012	
Título:Médico na estratégia da família-Manter-se ou engajar-se? Um estudo qualitativo sobre a permanência deste profissional na atenção primária à saúde.			
Área de conhecimento:Ciências da saúde	Grupo:III	Nível:Prevenção	Fase:Não se aplica
Pesquisador responsável:Ricarla Maria Oliveira Brito do Bomfim		Titulação máxima:Resid.Médica	
Finalidade	A escolha deste tema proposto para discussão relaciona-se à importância da atuação do médico no trabalho da Estratégia da Saúde da Família. Minha motivação deu-se devido à inserção pessoal na Saúde da Família como médica especialista e preceptora da RMFC.		
Objetivo geral	Compreender os motivos que asseguram a permanência /engajamento dos profissionais médicos na Estratégia Saúde da Família do município de Sobral CE,a partir de suas discursos, investigando a trajetória de vida acadêmica no ensino superior, a partir de escritas autobiográficas.		
Objetivos específicos	<ul style="list-style-type: none"> - Saber a opinião de todos sobre o papel do médico de família e sua prática, e analisá-la; - Investigar e estudar os motivos que incentivam os médicos a decidirem pela MFC como carreira, juntamente com os motivos contrários, que os levam a escolher por outra especialidade; - Questionar e analisar as razões da permanência do médico na APS; - Colher sugestões que sustentariam o médico na ESF e, após investigá-las, apresentá-las à Gestão Municipal, no fim da pesquisa; - Compartilhar os resultados e conclusões desta pesquisa com os sujeitos pesquisados, ao fim desta. 		

II. ANÁLISE CRÍTICA E ÉTICA RESPALDADA NA Res.196/96 E COMPLEMENTARES DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE.

O protocolo de pesquisa foi analisado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú, na reunião de 14 de março de 2012, tendo sido deliberado o que se segue:

Em termos éticos guardo minha dúvida se uma amostra tão pequena é suficiente para um objetivo dessa magnitude. Deve o pesquisador com o seu orientador refletir.

III. DECISÃO DO PLENÁRIO E PARECER DO CEP	IV. DATA
Aprovado o voto do relator(a). Projeto classificado como: Aprovado	Sobral (CE),13 de abril de 2012

Maristela Inês Osawa Chagas
Profª Drª Maristela Inês Osawa Chagas
Coordenadora do CEP/UVA