



UNIVERSIDADE  
ESTADUAL DE LONDRINA

---

MARILDA KOHATSU

**O MÉDICO NA EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA:  
LIMITES E POSSIBILIDADES DE NOVAS PRÁTICAS**

---

Londrina  
2011

MARILDA KOHATSU

**O MÉDICO NA EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA:  
LIMITES E POSSIBILIDADES DE NOVAS PRÁTICAS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina como requisito do Mestrado Profissional para a obtenção do título de Mestre em Gestão de Serviços de Saúde.

Mestranda: Marilda Kohatsu  
(<http://lattes.cnpq.br/1554695386069173>)

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Célia Regina Rodrigues Gil  
(<http://lattes.cnpq.br/0393895187417966>)

Londrina  
2011

**Catálogo elaborado pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central da  
Universidade Estadual de Londrina.**

**Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)**

K79m Kohatsu, Marilda.

O médico na equipe Saúde da Família : limites e possibilidades de novas práticas / Marilda Kohatsu. – Londrina, 2011.  
92 f. : il.

Orientador: Célia Regina Rodrigues Gil.

Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde) –  
Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de  
Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde, 2011.

Inclui bibliografia.

1. Medicina – Prática – Cuidados primários de saúde. 2. Médicos – Saúde da  
família – Teses. 3. Assistência médica – Teses. 4. Família – Saúde e higiene – Teses.  
I. Gil, Célia Regina Rodrigues. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de  
Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde.  
III. Título.

CDU 614.2

MARILDA KOHATSU

**O MÉDICO NA EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA:  
LIMITES E POSSIBILIDADES DE NOVAS PRÁTICAS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina como requisito do Mestrado Profissional para a obtenção do título de Mestre em Gestão de Serviços de Saúde

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Célia Regina Rodrigues Gil  
UEL – Londrina – PR

---

Prof<sup>a</sup> Dra. Regina Melchior  
UEL – Londrina – PR

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Márcia Hiromi Sakai  
Escola de Saúde Pública do Paraná – PR

Londrina, 13 de junho de 2011.

*Aos meus amores e companheiros de jornada,  
Ahmed e Yunes, que me apoiam  
incondicionalmente, e são os que conferem  
sentido para as minhas conquistas.*

## AGRADECIMENTOS

A todo **o corpo docente e funcionários do 1º Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde**: por oportunizarem a realização deste curso contribuição inestimável para valoração dos profissionais que fazem o SUS em Londrina;

A Prof<sup>a</sup> **Dr<sup>a</sup> Célia Regina Rodrigues Gil** que, antes de ser minha orientadora, é uma amiga que por muitas vezes foi uma referência em minha vida profissional e pessoal;

Aos **caríssimos companheiros de curso**, trabalhadores incansáveis do SUS, e também pessoas surpreendentes, com as quais aprendi muito sobre solidariedade, respeito e competência;

Aos **colegas médicos** que se dispuseram a participar deste estudo, profissionais admiráveis: deram voz e sentido ao trabalho do médico na ESF em Londrina;

Aos **colegas da Unidade de Saúde Jardim do Sol**, pois foi neste lugar e nesta equipe, onde efetivamente aprendo a ser médica de família; e principalmente a **Simone Rodrigues Gonçalves**, chefe e amiga, pela torcida, e por garantir cotidianamente que executemos o nosso trabalho com qualidade;

Aos **queridos amigos** que me apoiaram, incentivaram e me ajudaram das mais diversas formas, para que eu concluísse este trabalho: Cristiana C. Branco, Marcia H. Sakai, Graziela e Luiz Carlos Santi, Carla e João Batista Martins, Adelaide Rotter, Eni, Vera, entre tantos;

**A minha querida família**, meu núcleo de origem, a quem devo agradecer pela pessoa e médica que me tornei: foram meus grandes exemplos de humildade, respeito ao próximo e tenacidade para superar as vicissitudes da vida;

Ao meu companheiro **Ahmed e meu singular filho Yunes**, que com paciência e humor me proveram de força e entusiasmo para que eu pudesse concluir este trabalho;

E agradecer pela minha vida, tão generosa e precisa... e a Deus, essa força maior que nos conduz e nos une no mesmo destino...

***O saber se aprende com os mestres.  
A sabedoria, só com o corriqueiro da vida.  
Cora Coralina***

*Por isso, ser médico é aprender a ser só  
e também a estar com outros.*

***Lilia Blima Schraiber***



KOHATSU, Marilda. **O médico na equipe Saúde da Família: limites e possibilidades de novas práticas.** 2011. 92 f. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Gestão de Serviços de Saúde) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2011.

## RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS) vem se consolidando, ao longo de seus vinte anos, por meio de várias políticas e programas específicos, entre os quais, situa-se a Estratégia Saúde da Família (ESF), considerada como o eixo norteador na reorganização da Atenção Básica, e tem como referência os princípios do SUS. Após 15 anos de implantação, diversos desafios estão postos, com problemas complexos a serem enfrentados, e que passam principalmente por questões ligadas a recursos humanos, incluindo a formação de profissionais comprometidos com esta proposta, bem como a forma como se inserem nas equipes e a construção de mudanças no cotidiano. O presente estudo teve como objetivo conhecer a percepção dos médicos inseridos nas equipes de saúde da família, em relação às mudanças em sua prática profissional a partir da implantação da Estratégia Saúde da Família em Londrina (PR), partindo do pressuposto que esta proposta pode conduzir as transformações no modelo de atenção. Trata-se de um estudo exploratório, de abordagem qualitativa, por meio de Análise de Conteúdo de Bardin realizado através de entrevistas com os médicos inseridos nas equipes de Saúde da Família de Londrina, no período de março a setembro de 2010. A análise das entrevistas resultou em quatro agrupamentos temáticos: 1) A implantação da ESF no município: inserção do profissional médico, suas percepções e expectativas; 2) O trabalho cotidiano do médico na ESF; 3) Os fatores limitantes e potencializadores do trabalho do médico na ESF e, 4) Médico de família: ser e significado. Os resultados evidenciam as falas dos profissionais em relação ao seu cotidiano na ESF, e às mudanças percebidas na relação com o paciente, com o território, com a equipe e no seu papel do cuidador, bem como as dificuldades, os limites impostos por diferentes fatores relacionados a gestão, a integração com o sistema e a formação do profissional médico.

**Palavras-chave:** Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Atenção à Saúde. Assistência Médica. Atenção Básica.

KOHATSU, Marilda. **The physician in the family health team: boundaries and possibilities of new practices.** 2011. 92 f. Dissertation (Master's Degree in Public Health) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2011.

## **ABSTRACT**

The Brazilian public health system (SUS) has been consolidated throughout the past twenty years, through several specific programs and government health policies, among which is the Family Health Strategy (FHS), the pivotal axle towards the Basic Attention reorganization that relies upon the SUS principles. After 15 years of its implementation, several challenges have taken place and complex problems have to be dealt with, mainly related with personnel, lack of proper training to form committed professional team, uneven hiring system and other facts that jeopardize the expected and necessary changes in the regular health practices. The goal of this study was to acknowledge the enrolled physician's perception of the changes in their daily medical practice, since the Family Health care model took place in Londrina (PR), considering that its proposition may lead to the expected remodeling attention model. It is an exploratory research, with a qualitative approach, that has used Bardin's Content Analysis to study the interviews accomplished with the FHS physicians of Londrina-PR, carried out from March to September of 2010. The interview analysis led to four distinct groups: 1) The medical professional insertion in the FHS team, his/her perceptions and expectations; 2) The daily medical practice of FHS physicians; 3) The empowering and disabling facts of the medical practice in FHS; 4) Family physician: being one and its meaning. The participants' speeches elucidated their daily practices, the observed changes in the doctor-patient relationship, the geographic territory, their professional team and their care role within the FHS, as well as the difficulties and limitation imposed by different factors related to management, system integration and physician's skills.

**Keywords:** Family Health. Health Primary Attention. Health Attention. Medical Assistance. Basic Attention.

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

<b>AB</b>	Atenção Básica
<b>APS</b>	Atenção Primária a Saúde
<b>AMS</b>	Autarquia Municipal de Saúde
<b>AMEPAR</b>	Associação dos Municípios do Médio Paranapanema
<b>CAPS</b>	Centro de Atendimento Psicossocial
<b>CENTROLAB</b>	Laboratório Central
<b>CEP</b>	Comitê de Ética em Pesquisa
<b>CIB - PR</b>	Comissão Intergestores Bipartite do Paraná
<b>CIDI</b>	Centro Integrado de Doenças Infecciosas
<b>CISMEPAR</b>	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema
<b>CLT</b>	Consolidação das Leis Trabalhistas
<b>CNPq</b>	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
<b>CONASS</b>	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
<b>DAB</b>	Departamento de Atenção Básica
<b>ESB</b>	Equipe de Saúde Bucal
<b>ESF</b>	Estratégia Saúde da Família
<b>HURNP</b>	Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná
<b>HZN</b>	Hospital Estadual Zona Norte
<b>HZS</b>	Hospital Estadual Zona Sul
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>MFC</b>	Medicina de Família e Comunidade
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>NAPS - CA</b>	Núcleo de Atenção Psicossocial à Criança e ao Adolescente
<b>NASF</b>	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
<b>OSCIP</b>	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
<b>PACS</b>	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
<b>PAI</b>	Pronto Atendimento Infantil
<b>PNAB</b>	Política Nacional de Atenção Básica
<b>PROFAM</b>	Programa de Educação Continuada em Medicina de Família e Comunidade

<b>PSF</b>	Programa Saúde da Família
<b>SAMU</b>	Serviço de Atendimento Médico de Urgência
<b>SBMFC</b>	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
<b>SF</b>	Saúde da Família
<b>SIAB</b>	Sistema de Informação em Atenção Básica
<b>SIATE</b>	Serviço Integrado de Atenção ao Trauma e às Emergências
<b>SID</b>	Sistema de Internação Domiciliar
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>UBS</b>	Unidade(s) Básica(s) de Saúde

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	13
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	15
1.1 CONTEXTO SUS E ESF .....	15
1.2 O TRABALHO MÉDICO – NATUREZA, AUTONOMIA E PAPEL SOCIAL .....	20
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	23
2.1 OBJETIVO GERAL .....	23
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	23
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	24
3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA .....	24
3.2 ANÁLISE DOS DADOS .....	25
3.3 LOCAL DE ESTUDO .....	26
3.3.1 O Município e a Organização dos Serviços de Saúde.....	26
3.3.2 A Estratégia Saúde da Família no Contexto de Londrina .....	28
3.3.3 O Médico na ESF em Londrina .....	31
3.4 POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	32
3.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS DA PESQUISA .....	33
3.6 RECURSOS FINANCEIROS.....	33
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	35
4.1 A Implantação da ESF No Município: Inserção do Profissional Médico, suas Percepções e Expectativas .....	37
4.2 O Trabalho Cotidiano do Médico na ESF .....	41
4.2.1 O Trabalho sobre um Território Definido: Território Responsabilidade, Território Vivo .....	42
4.2.2 Atenção ao indivíduo e à família .....	45
4.2.3 Atenção a Demanda na ESF .....	52
4.2.4 Atenção no Domicílio.....	56
4.2.5 O Desafio do Trabalho em Equipe e da Atuação Multiprofissional .....	59

4.3 Os Fatores Limitantes e Potencializadores do Trabalho dos Médicos na ESF .....	63
4.3.1 Gestão do Trabalho .....	63
4.3.2. Gestão do Serviço e Integração ao Sistema .....	66
4.3.3 Vivenciando as Possibilidades .....	70
4.4 MÉDICO DE FAMÍLIA: SER E SIGNIFICADO .....	73
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>79</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>82</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>87</b>
APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista .....	88
APÊNDICE B– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	89
<b>ANEXOS .....</b>	<b>90</b>
ANEXO A – Autorização do Município para a Realização da Pesquisa. ....	91
ANEXO B – Folha de Rosto para a Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – SISNEP.....	92

## APRESENTAÇÃO

O interesse neste tema surgiu da vivência privilegiada da pesquisadora no processo de construção da Estratégia Saúde da Família (ESF) em Londrina, inicialmente como gerente e nos últimos dois anos, como médica de família, atuando numa equipe. Estar em um e noutro local, permitiu refletir com mais profundidade sobre as convergências e divergências de expectativas enquanto gestora e agora como médica de uma equipe, analisando as lacunas entre o que acontece em ambos os espaços do cotidiano e das práticas institucionais na história da saúde de Londrina.

Como gerente da ESF durante sete anos, a pesquisadora acompanhou as transformações ocorridas entre o que a gestão propunha inicialmente e o que a proposta se tornou ao longo do tempo, e de como foi adquirindo formas e contornos de acordo com a realidade de cada unidade local de acordo com suas possibilidades e limites.

Ainda, como gerente e defensora da proposta, vislumbrava que, com o arsenal do qual dispunha a ESF, com seus pressupostos descritos nos documentos oficiais, fosse possível provocar mudanças no modelo de atenção, e principalmente, no processo de trabalho dos profissionais, pois havia uma expectativa que estas ocorreriam na singularidade das relações da equipe e no cotidiano das unidades. Oficinas de planejamento, de processo de trabalho e de educação permanente em saúde, foram algumas das ações desencadeadas no intuito de envolver os trabalhadores locais, e tornar as Unidades de Saúde, espaços onde deveriam ocorrer as mudanças.

Passaram-se dez anos e como tudo muda, hoje, a pesquisadora atua como médica de família numa Unidade de Saúde. Diferentemente dos outros profissionais, por possuir aporte teórico de como deveria ser o trabalho de uma unidade que funcionasse de acordo com as diretrizes preconizadas pela ESF, posiciono-me como uma promotora de mudanças. A vivência nessa trajetória percorrida desde a construção de uma proposta de modelo e as transformações na vida cotidiana conferiu a inquietação e os questionamentos para este estudo.

Desta forma, este trabalho se propõe a analisar a prática médica na ESF considerando ser esta uma das principais estratégias para transformação do modelo assistencial no SUS. Destarte todas as críticas contra a ESF, é um projeto

que traz em sua concepção instrumentos que interferem e interagem nas práticas profissionais. Perguntas emergiram neste contexto: Como isso se reflete nas práticas do profissional médico? Há mudança em suas práticas? Perguntas que pedem por respostas mais sistematizadas.

Outra questão foi a possibilidade de estender o olhar sobre a prática médica – o médico que saiu do isolamento dos consultórios e que passou a compor equipes, passou a perceber o paciente dentro do contexto familiar, a ver o paciente na sua casa e que foi até a comunidade e realizou ações coletivas. Isso modifica o cuidado médico ao usuário?

Ao iniciar esta jornada, a motivação foi a de investigar as transformações decorrentes da ESF trazidas para as práticas do profissional médico. Mas, outros temas inevitavelmente submergiram: compreender o papel social do médico, o profissional médico na saúde pública, olhar para a autonomia e poder médico. À medida que os depoimentos dos médicos foram sendo decodificados estes aspectos apresentaram-se nas mais diferentes nuances do cotidiano e da prática médica, determinando a forma como se configura a atenção prestada.

Enfim, procurou-se discutir aspectos do trabalho médico e os sentidos alcançados em sua prática a partir da ESF. Ao percorrer este caminho, foram encontrados sentimentos de satisfação e de descontentamento. Mas também, falas de comprometimento com o trabalho realizado, preocupação com a qualidade, vislumbre e desejo de mudanças, apontando que se deve resgatar o papel do médico para além do seu isolamento no consultório e da sua reduzida imagem de prescritor de receitas. Este trabalho pretende acrescentar algumas pistas que potencializem este processo.



# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 CONTEXTO – SUS E ESF

Em 2008 comemoramos os 20 anos do SUS - Sistema Único de Saúde, o sistema de saúde brasileiro, que segundo alguns autores como Santos, (2009, p.17) transformou-se “*no maior projeto público de inclusão social em menos de duas décadas*”. O SUS é resultado da Reforma Sanitária Brasileira, processo iniciado na metade da década de 70 e que teve a sua origem nos movimentos sociais contra a ditadura militar. Segundo Paim (2009), foi uma resposta aos problemas e necessidades de saúde do país, sendo um movimento que articulou “*lutas sociais com a produção de conhecimentos*”.

O SUS tem marcos históricos relacionados diretamente com mudanças importantes no Brasil como a Constituição Federal de 1988 que contemplou avanços na esfera social e os movimentos sociais concretizadas no setor saúde por meio das Conferências Nacionais. Este projeto foi se consolidando dentro de um processo de formalização do SUS pelo Estado Brasileiro, com inovações que abrangeram mudanças de cunho jurídico (leis, portarias e normas), revisão dos mecanismos de financiamento e de formas de gestão, criação e reformulação de sua base teórico-conceitual e uma nova lógica na organização dos serviços.

O SUS vem sendo construído em meio a cenários de profundos contrastes e diversidades, com diferentes necessidades e demandas setoriais e com limitados recursos de financiamento. O SUS atual tem muitos avanços a comemorar, mas por outro lado, há muitos problemas a serem solucionados que desafiam a construção de um sistema que se propõe universal, resolutivo, de qualidade e humanizado.

Segundo Paim,

O SUS poderia ser considerado uma política de saúde de natureza “macro social” derivada do projeto da Reforma Sanitária Brasileira, articulando um conjunto de políticas específicas (atenção básica, atenção hospitalar, urgência e emergência, regulação, humanização, promoção de saúde entre outras) e desenvolvendo praticas distintas em saúde (2009, p.29).

O SUS se alinha com os princípios da Atenção Primária a Saúde (APS) que, no Brasil, por questões específicas da reforma sanitária no país, também é denominada como Atenção Básica (AB). A APS é definida *como uma estratégia de organização dos sistemas de saúde, ou seja, com a capacidade de apropriar e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer às necessidades da população.* (STARFIELD, 2002, p. 314), e, desta forma, assegurar que as características de cada população (aspectos socioeconômicos, demográficos, ambientais, culturais e de saúde) devem ser o determinante para orientar a organização local de cada serviço.

São atributos da atenção primária: o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação, a focalização na família e a orientação comunitária. Nesse sentido, no modelo brasileiro, a proposta para operacionalizar estes preceitos é a Estratégia Saúde da Família (ESF).

Implantada em 1994, inicialmente como um programa (Programa Saúde da Família – PSF, como ficou conhecido) pelo Ministério da Saúde, baseou-se em experiências existentes em países como Cuba, Inglaterra e Canadá, além de algumas experiências locais como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) que já vinha se desenvolvendo de forma isolada em diversas regiões do País (BRASIL, 2007).

Segundo a Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2006) que institui a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), a Saúde da Família é a estratégia prioritária para sua organização e baseia-se nos preceitos e diretrizes do SUS. Conforme proposto pelo Ministério da Saúde:

[...] a expansão e a qualificação da atenção básica, organizadas pela estratégia Saúde da Família, compõem parte do conjunto de prioridades políticas apresentadas pelo Ministério da Saúde e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde sendo compreendida como **a estratégia principal para mudança deste modelo**, que deverá sempre se integrar a todo o contexto de reorganização do sistema de saúde.(grifo nosso). (BRASIL, 2007)

É neste âmbito das novas práticas organizacionais e na busca de uma nova visão do cuidado em saúde, que se encontra a ESF, e como proposto na sua concepção, que as equipes de Saúde da Família assumam como desafio *“ampliar suas fronteiras de atuação visando uma maior resolubilidade da atenção”* e

ainda “*promover a reorientação das práticas e ações de saúde de forma integral e contínua, levando-as para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros*”. Portanto, a ESF, dentro dos princípios do SUS, deve estar integrada a outras políticas e setores, especialmente às que buscam a inclusão social e o resgate da cidadania (BRASIL, 2007).

Fazem parte das diretrizes estabelecidas para as equipes: 1) atuar nas unidades básicas de saúde (UBS), nas residências e na mobilização da comunidade, 2) ser a porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde; 3) ter território definido, com uma população delimitada, sob a sua responsabilidade; 4) intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta; 5) prestar assistência integral, permanente e de qualidade e, 6) realizar atividades de educação e promoção da saúde (BRASIL, 2006).

O que caracteriza a ESF é o trabalho sobre um território definido a partir do perfil epidemiológico daquela população, e devem-se considerar as características sociais, econômicas e culturais e os fatores relacionados à qualidade de vida da comunidade. Sobre ele a equipe responsável deve ser capaz de planejar e desencadear ações de forma integral, intersetorial e multiprofissional, planejadas de acordo com os recursos locais e com participação da comunidade (BRASIL, 2006).

O indivíduo deve ser considerado dentro de seu contexto familiar, observado os aspectos sócio-econômicos, sociais e culturais. O trabalho da equipe e dos profissionais deve se pautar em um atendimento ético, com compromisso e respeito. Estas são atribuições comuns a todos da equipe e que deve orientar todas as ações.

Após mais de 15 anos de implementação, os números da ESF são consideráveis: até 2009, na quase totalidade do território nacional (5.251 municípios) foram implantadas 30.328 equipes de Saúde da Família, correspondendo a uma cobertura de 50,7% da população brasileira, ou seja, aproximadamente 96,1 milhões de pessoas (BRASIL, 2011). Para o médico, esta expansão também significou abertura de mais uma frente de emprego. Segundo Maciel Filho e Pierantoni (2004) a ESF respondia por 9,5% das ofertas para emprego do médico já em 2003.

Este crescimento, reforçando os sistemas municipais locais, ainda que demonstre a força da proposta, também expõe os problemas a ela vinculados. Segundo Gil (2006, p 138) a estratégia Saúde da Família vive “um paradoxo: ao

mesmo tempo em que cresce, desvenda as fragilidades crônicas já presentes nos serviços e para as quais não foram dadas soluções concretas”. Nestas fragilidades, continua a autora, estão situadas as “práticas profissionais e as práticas institucionais, ambas não atendendo adequadamente as novas necessidades que estão colocadas”.

Esta afirmação reflete de certa forma, as experiências vivenciadas no cotidiano das equipes de saúde, haja vista que é sobre elas que são depositadas as expectativas de uma nova produção dos cuidados. É no campo das práticas profissionais que se encontra grande parte dos desafios para as mudanças uma vez que é na prestação direta do cuidado aos usuários onde mais se revela a fragilidade da ESF.

É no realizar as práticas que se cria a possibilidade de os profissionais atribuírem novos significados ao atendimento às pessoas com quem estão envolvidos, pois é neste *lócus* que se atribuem sentidos tanto para aqueles que fazem parte do sistema e realizam o atendimento, como para aqueles que necessitam do cuidado (FRANCO; MAGALHÃES JR, 2003).

Além disso, as práticas também refletem as dimensões institucionais envolvidas, pois revelam os mecanismos de gestão que, conforme o modelo proposto impõe uma prática mais voltada para números e produção e menos centrada no indivíduo e no cuidado (tanto do trabalhador da saúde como do usuário).

Compreende-se que um modelo de saúde que se propõe privilegiar ações de promoção da saúde, prevenção das doenças e atenção integral às pessoas buscando superar a fragmentação dos cuidados à saúde necessita, para que possa ocorrer uma transformação, recursos humanos comprometidos com esta proposta, com este novo modo de fazer saúde.

Em se tratando das práticas profissionais em saúde, este é um tema árido, por agregar diversos aspectos complexos expressos na síntese feita por Gil (2006, p.27) que define:

[...] práticas profissionais enquanto práticas sociais, institucionalmente reconhecidas e legitimadas reproduzem, no caso da saúde, o modelo flexneriano, ainda hegemônico, em função, principalmente da insuficiência de duas capacidades: 1) a relativa às formas de gestão [...] e 2) a relativa às políticas de ensino em saúde das instituições de ensino que ainda continuam estruturadas sobre o

paradigma vigente e formando profissionais de saúde com uma visão predominantemente centrada nas práticas fragmentadas e especializadas de atenção [...]

Em relação à questão de inadequação dos profissionais às necessidades do modelo, Campos e Belisário (2001, p.138) refere que:

[...] entre os distintos problemas que afloram com a implantação do PSF nenhum é mais grave, que a carência de profissionais, em termos quantitativos e qualitativos para atender a esta nova necessidade. Contudo, todos estes elementos só fazem aprofundar o desafio ao se discutir o processo de formação e educação continuada destes profissionais, agora organizados em forma de equipe... A escola médica e a (im) possibilidade da formação terminal, ainda se apresentam como desafios.

No Brasil há problemas relativos à formação e também em relação à capacitação e educação permanente e continuada dos profissionais inseridos nas equipes.

No escopo desta situação emerge, de forma singular, as necessidades e expectativas do trabalho médico, profissional singular ao processo de transformação das práticas do cuidado. A estratégia solicita minimamente um profissional médico que tenha dedicação integral, formação generalista e que consiga resolver 80% dos casos atendidos na atenção básica, e para que funcione efetivamente, exige que o profissional se comprometa com a resolutividade e com o cuidado da população sobre sua responsabilidade. Isso se constitui em um dos principais desafios para avanço da proposta.

Há necessidade de profissionais com qualificação suficiente para atender as necessidades do sistema e respondam às mudanças exigidas por esta proposta, porém as escolas médicas não estão preparadas para atender a demanda de formação do médico generalista (SANTOS, 2001; PAIM, 2001; GIL, 2005; MACHADO, 2006). O médico é um elemento crucial para continuidade e expansão da ESF.

Some-se a esta dificuldade de formar profissionais, outros problemas estruturais e relacionados à gestão de recursos humanos que na grande maioria dos municípios, restringe-se a burocracia da administração de pessoal. Tal problemática se agrava ainda mais, uma vez que os municípios não conseguem manter políticas salariais adequadas que garantam a dedicação integral,

principalmente nos grandes centros urbanos, ocasionando alta rotatividade destes profissionais.

## 1.2 O TRABALHO MÉDICO – NATUREZA, AUTONOMIA E PAPEL SOCIAL

O profissional médico exerce uma grande influência sobre a equipe, sendo determinante na sua forma de atuação. Pode-se compreender o trabalho do médico a partir da forma como aplica os seus conhecimentos no exercício da sua profissão ou como uma produção de um trabalho (SCHRAIBER, 2008, p. 19). E como produção de um trabalho, significa compreender que a Medicina não é somente uma prática que depende exclusivamente do conhecimento e atributos do médico, portanto isolada das questões econômicas, políticas e sociais. Para a grande maioria, o trabalho médico se define somente como uma prestação de serviços e, portanto determinado pela produção técnica de consultas, visitas, procedimentos e cirurgias.

Schraiber (2008), contrapondo esta lógica, considera que existe uma determinação do trabalho médico e que a sua prática foi sendo construída ao longo da história. Examina a medicina como prática técnica e social “[...] se cabe à Medicina tratar e cuidar das pessoas [...] que o faça segundo determinada forma, se espera que ela dê conta dos doentes e ofereça serviços médicos para o conjunto da sociedade”. (SCHRAIBER, 2008, p 37). Esta ação, segundo a mesma, é guiada e delimitada pelo contexto social, a finalidade do trabalho médico foi sendo determinada pelas necessidades da sociedade em cada época.

Em debate sobre o trabalho médico, sendo ao mesmo tempo uma prática determinada histórica e socialmente e, por outro lado, a Medicina enquanto ciência que avança em busca de resposta às necessidades próprias e da sociedade, também provocando transformações, nessa mesma sociedade, Rocha (2000) reafirma citando Mendes Gonçalves, que:

[...] o projeto médico é definido socialmente e a Medicina o toma como objeto da sua prática. Por isso, ao contrário do que parece, a Medicina não é vítima unilateral neste processo social de transformações, mas, por efeito dessa mesma determinação estrutural se constitui ela própria em sujeito que contribui para a recriação sob nova forma das estruturas que a presidem. (MENDES GONÇALVES apud ROCHA, 2000, p.125)

Ainda que o seu trabalho seja realizado de forma individualizada, cada vez mais o médico tem sido capturado pelas instituições e por questões mercantis – seu trabalho atualmente depende de estruturas coletivas. Schraiber (2008) coloca essa contradição vivenciada pelo médico, e que evidencia mudanças ocorridas na forma de exercer a sua prática:

Ser médico é aprender a ser só e também a estar com os outros. De um lado, é aprender a se fortalecer como alguém que sabe julgar e decidir sozinho, pois, em razão de seu pragmatismo profissional (“ser homem prático”), a medicina o exige e, mesmo que isso dependa de outros, ainda é uma ação de iniciativa individual. Do outro lado deve aprender a compartilhar e associar-se, estabelecendo conexões com outros indivíduos e com outros recursos que ultrapassam seu próprio conhecimento e habilidade. (SCHRAIBER, 2008, p. 147)

Essas idéias reforçam de certa maneira, a importância da ESF como uma proposta que pode impactar no papel do médico e que pode contribuir ou não para a transformação pretendida. Considerando ainda que, nas diretrizes da proposta e na orientação de trabalho existe uma ênfase em se reconhecer o indivíduo e suas necessidades nos processos de promoção e prevenção, em contraponto ao enfoque puramente clínico. O médico submetido às solicitações sociais, à lógica do mercado e à tecnologia, teria que buscar um caminho contra-hegemônico para atender as expectativas colocadas pela ESF. Este caminho ainda está por se revelar.

Provavelmente, o profissional médico de formação tradicional encontra-se bastante deslocado dentro destas novas possibilidades de fazer saúde, influenciando o trabalho das equipes. Segundo avaliação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), a figura do médico tem sido apontada como um nó crítico na evolução da ESF, por sua alta rotatividade e, em alguns casos, pequena capacitação para o trabalho em APS (BRASIL, 2007).

A expectativa de que ao término da graduação médica, haveria a garantia de uma formação mais generalista, que pudesse atuar de forma integral, que minimamente pudesse dar resposta às necessidades da proposta, foi sendo frustrada ao longo do tempo, e vem sendo substituída pela procura por um especialista em Atenção Primária. Nos últimos anos, os gestores e as instituições formadoras têm desencadeado processos de capacitação – especializações,

residências, pós-graduações, com vistas à readequar a formação do profissional médico.

Em Londrina, a realidade não difere do resto do país. Como terceira maior cidade do sul do país e possuindo um sistema de saúde expressivo na região norte do Paraná, expandiu há mais de dez anos a estratégia Saúde da Família para todo o município, com a intenção de oferecer uma cobertura do atendimento a pelo menos de 70% da população londrinense. A estratégia Saúde da Família, desde 2001, foi então, adotada como o eixo estruturante para mudanças no modelo de atenção a saúde. Percorridos dez anos, os problemas enfrentados nacionalmente também são reproduzidos localmente, principalmente no que se refere a recursos humanos.

A ESF de Londrina enfrenta problemas relacionados à falta de profissionais principalmente da área médica, em quantidade, bem como existe carência de profissionais que dêem conta de atender as expectativas do sistema. Este quadro se agrava se considerarmos a formação profissional, muitos especialistas nas equipes de saúde, e o vínculo precário destes profissionais com o serviço. Nos últimos cinco anos houve redução de 20% no número de equipes, por falta principalmente do profissional médico (LONDRINA, 2010b).

Considerando, portanto, as potencialidades da ESF na organização da APS e reorientação das práticas e na convicção de que, sem a participação efetiva dos *sujeitos* que atuam nos serviços de saúde – principalmente nas Unidades Básicas de Saúde e nas equipes Saúde da Família, não há mudanças que sejam efetivas e duradouras, este estudo buscou apreender, a partir do cotidiano de trabalho dos médicos inseridos na ESF, as principais mudanças ocorridas nas práticas destes profissionais e os fatores que contribuem e limitam este processo.

## **AS PERGUNTAS A SEREM RESPONDIDAS**

Neste contexto, as perguntas de pesquisa que emergem são: A Saúde da Família da forma como está implantada no município tem possibilitado modificar a prática tradicional dos profissionais médicos? Os médicos das equipes de Saúde da Família conseguem desenvolver as ações previstas na ESF?



## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar se a Estratégia Saúde da Família possibilitou mudanças nas práticas profissionais cotidianas do médico em um município de grande porte.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as práticas exercidas pelo profissional médico na Estratégia Saúde da Família.
- Verificar se as práticas profissionais do médico consideram as diretrizes preconizadas pela Estratégia Saúde da Família.
- Identificar fatores limitantes e potencializadores para o trabalho dos médicos na estratégia Saúde da Família.
- Conhecer as expectativas e satisfação dos profissionais médicos na prática cotidiana da Estratégia Saúde da Família.

### 3 METODOLOGIA

Este estudo é parte da pesquisa intitulada “Análise do *Modus Operandi* da Estratégia Saúde da Família a partir das Práticas Profissionais: um Enfoque Loco-regional”, apoiado financeiramente pelo CNPq e cadastrada na PROPPG/UEL.

#### 3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo de caráter exploratório e descritivo, de abordagem qualitativa, tendo como participantes do estudo, os médicos inseridos nas equipes de Saúde da Família de Londrina, Paraná. Por se tratar de uma análise construída a partir das referências subjetivas dos profissionais médicos acerca do trabalho cotidiano na ESF, a abordagem qualitativa coloca-se como método sensível à interpretação dos fenômenos sociais que não se esgotam num recorte da realidade (MINAYO, 2008; GIL, 2009).

O método qualitativo permite, segundo Minayo (2008, p. 57), “desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, e propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação”. Refere que “uma investigação de cunho quantitativo pode ensejar questões passíveis de serem respondidas só por meio de estudos qualitativos, trazendo-lhes acréscimo compreensivo e vice-versa”. E ainda que “o arcabouço qualitativo é o que melhor se coaduna a estudos de situações particulares, grupos específicos e universos simbólicos” (MINAYO, 2008, p 76).

Neste sentido, este método mostra adequado ao objetivo apresentado, que é de conhecer a prática do profissional médico na Saúde da Família buscando identificar as mudanças ocorridas após sua inserção nesta estratégia e o significado que os pressupostos da ESF trouxeram para a prática cotidiana do trabalho médico.

Optou-se pela realização de entrevistas, com roteiro orientador (Apêndice A) possibilitando que o entrevistado discorra sobre o tema, sem ficar preso a indagações formuladas. Minayo (2008, p.261-262) define “*entrevista como conversas com finalidade e se caracterizam pela sua forma de organização*”. Através

da entrevista é possível estabelecer um roteiro, com uma seqüência lógica, para orientar o pesquisador, sem, no entanto, tolher a fala do entrevistado.

### 3.2 ANÁLISE DOS DADOS

O tratamento dos dados foi feito por meio de Análise de Conteúdo de Bardin, técnica que busca uma interpretação dos códigos contidos nas falas. Segundo Bardin (1979, p.40): “por detrás do discurso aparente, geralmente simbólico e polissêmico, esconde-se um sentido que convém desvendar.”

A análise de conteúdo de acordo com Bardin é definida como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. (BARDIN, 1979, p.42)

A expectativa do roteiro organizado foi a de que os depoimentos traduzissem a forma como os profissionais médicos enxergam a realidade em que atuam, levantando percepções, sentimentos, idéias, crenças, maneiras de atuar e de sentir, e, a partir destas percepções, traduzir em conhecimento mais profundo a atuação do profissional médico nas equipes de Saúde da Família.

A análise de conteúdo foi realizada por meio da técnica de análise temática. O tema estaria ligado a uma afirmação sobre um determinado assunto:

O tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura. (BARDIN, 1979, pg.315)

Segundo Minayo (2008, pg.316), “a análise temática consiste em revelar os núcleos de sentidos que compõem uma comunicação, cuja presença ou freqüência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado”. Para esta autora a análise por temas é indicada para pesquisas no campo da saúde, pois a presença de determinados temas denotam valores relacionados a comportamentos de determinados grupos.

### 3.3 LOCAL DE ESTUDO

#### 3.3.1 O Município e a Organização dos Serviços de Saúde

O município de Londrina localiza-se no norte do Paraná, com população de 510.707 habitantes, segundo estimativa demográfica do IBGE para 2009, sendo que 96,7% desta população residem na zona urbana (LONDRINA, 2008), apesar de uma extensa região rural no entorno. Londrina é o principal ponto de referência do Norte do Paraná e exerce grande influência e atração regional.

Nos últimos vinte anos apresenta uma composição de serviços de saúde bastante ampla e diversificada, sendo referência para diversos municípios e sede da AMEPAR – Associação dos Municípios do Médio Paranapanema, que congrega 22 municípios com uma população estimada de 943.038 habitantes de acordo com o Censo Demográfico IBGE, 2000 – Estimativa 2007 (IBGE, 2007).

Na área da saúde, Londrina sedia a 17ª Regional de Saúde de Londrina que abrange 21 municípios, com uma ampla programação de serviços pactuada na Comissão Intergestores Bipartite do Paraná (CIB – PR) para atender a região. Isto reflete a importância do município como pólo regional na assistência à macrorregião.

O município encontra-se na modalidade de Gestão Plena do Sistema, conforme a Norma Operacional da Assistência à Saúde Nº 1/NOAS-SUS 2001, gerindo os recursos do Fundo Municipal de Saúde. A partir de 2007, Londrina aderiu ao Pacto pela Saúde, confirmando a sua responsabilidade nas áreas de gestão, promoção e assistência à saúde e defesa do SUS.

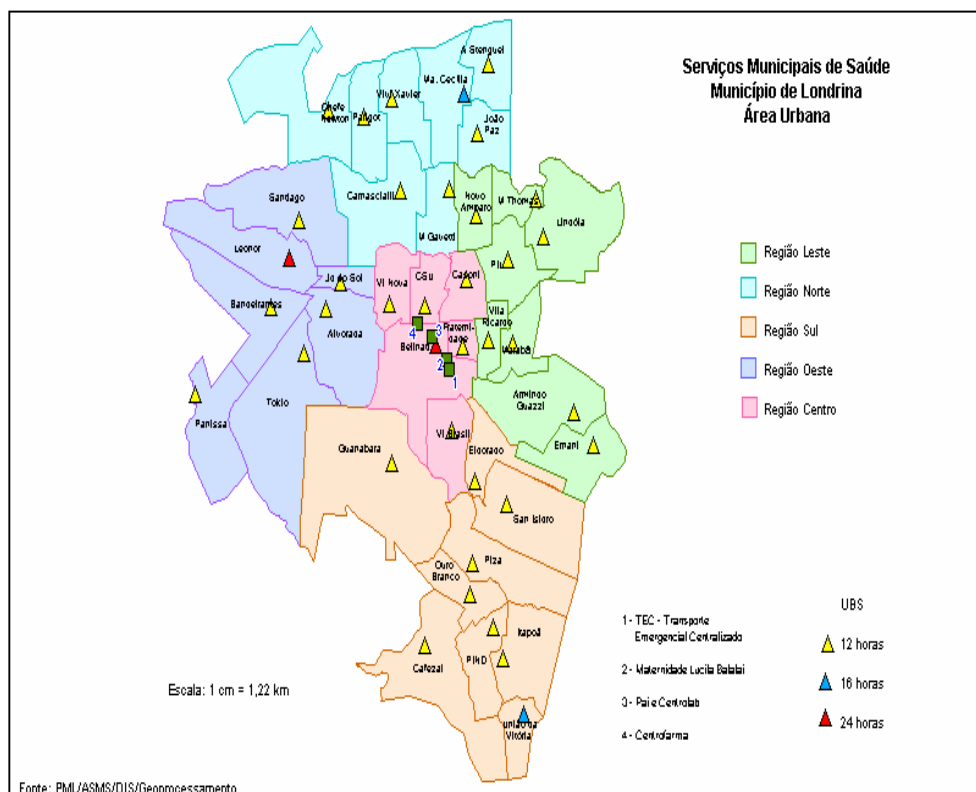
A gestão da atenção à saúde é organizada pela Autarquia Municipal de Saúde (AMS), com apoio do Fundo Municipal de Saúde e o controle social é feito pelo Conselho Municipal de Saúde de Londrina (LONDRINA, 2010a).

Os serviços de saúde obedecem a uma hierarquia, sendo a Atenção Básica a porta de entrada do sistema. O serviço municipal conta com uma rede própria de 52 Unidades de Saúde (US), 13 na zona rural e as 39 na zona urbana. Em 2010, o município possuía 79 equipes de saúde da família, 07 (sete) equipes PACS (programa de agentes comunitários de saúde) e 18 equipes de Saúde Bucal na ESF (LONDRINA, 2010a).

Além disso, o município conta com uma rede própria de serviços de apoio e secundário, composta por: Laboratório Central (CENTROLAB), Maternidade, Pronto-Atendimento Médico infantil e adulto, Policlínica, Centro Integrado de Doenças Infecciosas (CIDI), Sistema de Internação Domiciliar (SID), Serviço Integrado de Atenção ao Trauma e às Emergências (SIATE), Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS) e Núcleo de Atenção Psicossocial à Criança e ao Adolescente (NAPS-CA) (LONDRINA, 2010a).

A rede secundária e terciária é formada por prestadores de serviços de saúde públicos, filantrópicos e privados que oferecem serviços principalmente de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar. Fazem parte do SUS em Londrina dois hospitais estaduais - Zona Norte e Sul (HZN e HZS), o Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná (HURNP) e um ambulatório de especialidades, coordenado pelo CISMEDPAR - Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema (LONDRINA, 2010a).

Este estudo foi desenvolvido nas Unidades de Saúde da Autarquia Municipal de Saúde de Londrina, com foco nos médicos que atuam nas equipes de Saúde da Família no município, nas UBS ilustradas pelo mapa a seguir.



### 3.3.2 A Estratégia Saúde da Família no Contexto de Londrina

Ao iniciar este tópico e estendendo-se ao seguinte, cabe um esclarecimento sobre as informações descritas, pois boa parte encontra-se nos relatórios de gestão e planos municipais publicados e disponíveis em meio eletrônico no sítio oficial da Prefeitura Municipal de Londrina, porém algumas informações, principalmente sobre como se deu o processo, originam-se da vivência da pesquisadora durante a gestão da ESF em Londrina, e sobre isso, foi redobrado o cuidado nas informações, para evitar dissonâncias, dadas pelo risco da parcialidade de quem participou ativamente desta história.

O programa Saúde da Família em Londrina tem sua origem em 1995 com a implantação de projeto Médico de Família, nas Unidades de Saúde localizadas na região rural, com formação de quatro equipes, e constituição e atribuições muito semelhantes ao preconizado pelo Ministério da Saúde. Entre 1995 até 2001, não houve aumento no número de equipes, período em que houve mudança no gestor municipal, que optou pela manutenção somente destas equipes, sem expansão do projeto (LONDRINA, 2007a).

Em 2001, fatores confluentes proporcionaram a retomada do programa em Londrina: retorno à Secretaria de Saúde do grupo gestor que estava em 1995, quando da implantação das primeiras equipes e um processo nacional desencadeado pelo Ministério da Saúde visando implantar o PSF em todo o Brasil, inclusive com legislação e financiamento específico de incentivo para que os municípios aderissem ao projeto.

Portanto, a partir do ano de 2001, o município optou por uma expansão ampla do ESF, com formação de 81 equipes, garantindo a cobertura de 100% da área rural e 70% da área urbana, cobrindo as áreas periféricas e de maior risco do município. No início de 2002, houve ampliação para 93 equipes, e em abril de 2003 totaliza 96 equipes, além da criação das primeiras oito equipes de Saúde Bucal. Em 2004, o município chega ao número de 101 equipes e em 2005, 102 equipes de PSF, com 9 equipes de saúde bucal e uma cobertura de 74 % do município (LONDRINA 2003b, 2004, 2005).

A partir de 2006, começa a ocorrer uma diminuição no número de equipes e Londrina passa a manter uma média abaixo de 90 equipes (LONDRINA, 2006, 2007b, 2008, 2009, 2010b).

À época desta retomada da ESF, Londrina caracterizava-se por uma razoável infra-estrutura física e de pessoal da rede básica e com oferta de procedimentos diagnósticos e terapêuticos na área especializada, apesar disso apresentava “gastos crescentes com a área da saúde, com investimentos que passavam de 20% do orçamento municipal, sem solucionar problemas diversos na assistência à população, decorrentes de um modelo de assistência centrado na doença e organizado pela demanda e oferta de serviços” (LONDRINA, 2003a).

A expansão da ESF ocorreu dentro deste contexto, em que o aumento dos investimentos em saúde não garantia qualidade no atendimento ofertado, portanto existia a expectativa, que mais do que um programa, a ESF seria “uma estratégia de mudanças, na qual se procurou preservar os aspectos positivos do atual modelo e procurou incorporar novas práticas sanitárias visando superar os problemas mencionados” (LONDRINA, 2003a).

Buscou-se com a expansão da ESF a reorganização da atenção básica no município, em uma rede com um razoável quadro de recursos humanos, porém com uma cristalizada organização do processo de trabalho, que estava estruturado para atender a lógica da demanda centrada na doença. Este era o contexto e o desafio: introduzir a ESF para transformar o modelo.

Para que fosse viabilizado o projeto, a gestão desencadeou duas ações principais: 1) Formação de equipes, incorporando os recursos humanos existentes e contratando outros através de parcerias estabelecidas e, 2) e garantir processos – oficinas, reuniões, capacitações - que possibilitassem a reorganização do processo de trabalho (LONDRINA, 2003a).

Sobre a incorporação dos profissionais do quadro funcional, foram tomadas medidas administrativas, com ampliação de carga horária e pagamento de incentivos, como forma de atrair a adesão dos profissionais e com aprovação de lei municipal (LONDRINA, 2003a).

No início, foi proposta uma agenda mínima para a equipe de atendimento, da qual constavam períodos de atendimento ambulatorial, um período na semana para visita domiciliar, um período para grupos e uma reunião de equipe semanal. A partir dessa agenda mínima, cada equipe se encarregaria de organizar ações de acordo com os recursos e necessidades locais, organizando o seu processo de trabalho de acordo com os problemas detectados (LONDRINA, 2003b).

Para apoiar as equipes no planejamento das ações e organização do trabalho, foram realizadas oficinas com as equipes, em todos os níveis da Secretaria. As oficinas com metodologia participativa foram realizadas nas Unidades de Saúde e tinham como objetivo trabalhar com alguns temas críticos na época da implantação do programa: processos de trabalho, planejamento local e avaliação dos serviços. Boa parte dos primeiros anos da ESF centrou-se na discussão sobre processo de trabalho e planejamento local, além do desencadeamento de capacitações nos agravos mais prevalentes, com o objetivo de subsidiar os profissionais para poderem atuar na nova proposta (LONDRINA, 2003b, 2004).

Nesta fase de implantação os nós críticos levantados nas oficinas apareciam em diversos aspectos, sendo que a maioria persiste, com diferentes nuances, até os dias atuais, dentro das equipes: resistência à proposta; dificuldade na atuação enquanto equipe; a introdução do agente comunitário de saúde (ACS) no grupo visto como elemento estranho aos profissionais por serem pessoas oriundas da comunidade; incorporação de profissionais contratados por vínculo CLT para complementação das equipes e dificuldade de realizar planejamento local, entre outros problemas (LONDRINA, 2003a, 2003b, 2004).

Mesmo com esse diagnóstico, poucas mudanças puderam ser observadas na gestão e na forma de condução do trabalho das equipes. Entre 2008 a 2010 a equipe gestora da AMS enfrentou diversos problemas para manter as equipes completas, devido a indefinição sobre a forma de contratação dos profissionais, por problemas em estabelecer convênios/parcerias para efetivar os contratos, sendo este, provavelmente, um dos principais motivos para a redução no número de equipes observado a partir de 2008 (LONDRINA, 2008, 2009 e 2010b).

Desta forma, denota-se que a proposta da ESF em Londrina, desde a sua ampliação em 2001, é desenvolvida de forma heterogênea, com dificuldades diversas, principalmente no que se refere ao quadro de profissionais (manutenção, vínculo, capacitação) e nas ações relativas ao território (planejamento local, ações coletivas e intersetoriais).

Apesar de todas as dificuldades e a redução do número de equipes, o plano municipal 2010-2012 reforça a idéia de que o município mantém a ESF como eixo condutor da Atenção Básica:



A política local de saúde tem como ações estratégicas a ampliação da oferta de serviços na atenção básica baseada na Estratégia Saúde da Família, a implementação de equipe multiprofissional na atenção básica, a ampliação do programa de saúde bucal e de saúde mental e a implementação de serviços especializados de média complexidade (ambulatorial e hospitalar). (LONDRINA, 2010a)

A proposta da ESF, mesmo diante das dificuldades tem sobrevivido ao longo do tempo como uma alternativa viável, na condução de mudanças mais permanentes no modelo de atenção no município.

### 3.3.3 O Médico na ESF em Londrina

Em relação aos médicos, na expansão de 2001, a Secretaria procurou constituir equipes com a adesão dos profissionais do quadro funcional da prefeitura, nisto incluído médicos pediatras e ginecologistas, convidados a assumir equipes em suas unidades de atendimento. A adesão dos profissionais que atuavam na Unidade de Saúde visava a potencialização das ações, considerando a existência de vínculo já estabelecido (LONDRINA, 2007b).

Nas Unidades básicas até 2001, o atendimento médico era ofertado na forma de ambulatórios de clínica geral, pediatria e ginecologia. Entre os profissionais que atuavam como clínico geral, as formações eram as mais diversas, desde clínicos gerais, clínicos com alguma especialidade – gastroenterologista, pneumologista, cardiologista, dermatologia, etc., cirurgiões, também com diferentes especialidades. Nas clínicas de pediatria e ginecologia, os médicos possuíam formações específicas nestas áreas.

O convite foi extensivo a todos os profissionais incentivando-os a assumirem equipes nos seus locais de atuação. A expectativa era que o médico assumisse o seu território, sendo a orientação inicial era de que a equipe seria responsável pelo acompanhamento das famílias residentes na área, oferecendo atenção integral e contínua ao longo do tempo. Para tanto, o médico deveria atender todas as faixas etárias, incluindo consultas no domicílio e acompanhamento de pacientes em situação de risco, além das demais atribuições (LONDRINA, 2003b).

Cuidar dessa demanda ampla foi um desafio para todos os profissionais médicos, a maioria com formações muito específicas para uma ou outra área. Como situação de difícil solução em curto prazo, a princípio, as agendas

habituais (clínica geral, ginecologia e pediatria) foram mantidas, limitando o cuidado integral da população do território. Naquele momento foi possível garantir apenas que as visitas domiciliares na microárea fossem realizadas pelo médico da equipe, independente da sua formação.

Como forma de superar este problema, em 2002, por meio de parceria da Autarquia Municipal de Saúde com uma universidade local, houve oferta do curso de especialização em Medicina de Família (Programa de Educação Continuada em Medicina de Família e Comunidade - PROFAM), com boa participação dos médicos. Dos 102 médicos das equipes, 76 participaram do curso, ou seja, em torno de 75% (LONDRINA, 2003b).

Mesmo após o curso, o atendimento ambulatorial continuou distribuído em clínica geral, pediatria e gineco-obstetrícia nas Unidades, mantendo o formato tradicional de atendimento. Isto, provavelmente, dificultou a organização da atenção na lógica do território e repercutiu até os dias atuais, como veremos adiante.

Após dez anos de expansão da ESF houve redução gradativa no número de equipes, de 102 em 2002, para as 79 em 2010, devido a falta de médicos para compor as mesmas. Nestas equipes, em 2010, menos de 50% eram médicos do quadro próprio da Autarquia. Esta situação implica em baixa fixação dos profissionais e rotatividade nas equipes (LONDRINA, 2010b).

### 3.4 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Os locais de estudo foram as UBS nas quais a Saúde da Família está implantada. Na fase de coleta das informações para este estudo Londrina contava com 90 equipes distribuídas em todo o município.

Os participantes do estudo foram os médicos das equipes, selecionados a partir dos seguintes critérios: 1) ser médico em UBS antes da implantação da ESF; e 2) ser de diferentes regiões do município, exceto zona rural.

O critério de ter vivência como clínico geral no modelo tradicional foi o mais relevante, visto a pesquisa ter como um dos objetivos, verificar quais foram as mudanças ocorridas nas práticas profissionais, a partir da comparação com a experiência anterior. Este critério acabou por restringir a população do estudo, pois no momento da aplicação dos questionários somente 15 médicos se encaixavam no perfil. Destes, foram entrevistados 07 profissionais, sendo que o número de

entrevistas foi determinado pela saturação das informações coletadas e atendimento aos objetivos estabelecidos. A definição da amostra por saturação ocorre quando os dados obtidos, na avaliação do pesquisador, permitem que ele compreenda a lógica interna do grupo pesquisado, não havendo, a partir deste momento, informações que acrescentem alguma relevância ao processo de reflexão teórica (MINAYO, 2008).

O contato foi feito por meio de convite pessoal a cada um dos profissionais, sendo a receptividade muito boa. Todos os contatados aceitaram prontamente o convite, apesar da dificuldade em conciliar horários.

A coleta de informações ocorreu no período de fevereiro a setembro de 2010. As entrevistas foram realizadas em seus espaços de trabalho utilizando os consultórios das UBS após horário de atendimento do profissional e garantindo a não interrupção das mesmas. Foi utilizado equipamento MP4 para gravação. O uso deste equipamento não inibiu os entrevistados, e as entrevistas duraram de 30 a 60 minutos. Todos foram bastante receptivos às questões apresentadas.

Foram realizadas, gravadas e transcritas pela pesquisadora. Os dados da gravação foram apagados após transcrição, conforme recomendação do comitê de ética.

### 3.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Para realização deste estudo foi solicitada autorização prévia da Secretaria Municipal de Saúde de Londrina bem como a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina.

Após a explicação dos objetivos da pesquisa foi solicitado aos entrevistados a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no momento das entrevistas. Para cada entrevista foram emitidas duas cópias do termo, sendo a primeira arquivada pela pesquisadora e a segunda entregue ao entrevistado.

### 3.6 RECURSOS FINANCEIROS

Esta pesquisa foi apoiada financeiramente pelo CNPq, órgão financiador do projeto ao qual estão vinculadas a orientadora e a autora do presente

estudo, conforme descrito no início deste capítulo. Neste estudo, as despesas foram custeadas por esta pesquisadora, fundamentalmente com a transcrição das entrevistas.

## **4 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A partir do material obtido, foram feitos diferentes recortes para apreender os significados manifestos nos depoimentos dos participantes. Foram extraídos os seguintes agrupamentos temáticos:

- 1) A implantação da ESF no município: inserção do profissional médico, suas percepções e expectativas;
- 2) O trabalho cotidiano do médico na ESF;
- 3) Os fatores limitantes e potencializadores do trabalho dos médicos na ESF e,
- 4) Médico de Família: ser e significado.

### **PERFIL DOS ENTREVISTADOS**

Foram entrevistados sete médicos e para preservar o sigilo das informações e a identidade dos entrevistados utilizamos nomes fictícios, obedecendo a ordem das entrevistas: Janaína, Luísa, Pedro, Marina, Joana, Carolina e Miguel. A seguir, são descritas algumas características do grupo.

Sobre o vínculo empregatício, dos sete profissionais, seis possuem vínculo estatutário, são médicos concursados e pertencentes ao quadro funcional da Prefeitura Municipal de Londrina, há mais de 10 anos. Somente um dos profissionais tem vínculo CLT, contratada por uma Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) conveniada. Cinco são mulheres e dois, homens, todos com faixa etária entre 40 e 50 anos. O tempo de formação oscila de 13 anos, o de formação mais recente, até 25 anos, o mais antigo. Seis formados pela Universidade Estadual de Londrina (UEL) e somente um veio de outro estado.

Somente dois dos entrevistados estão na mesma equipe desde 2001, os outros cinco já estiveram pelo menos em duas Unidades diferentes, desde esse período.

Em relação à formação, todos possuem alguma especialidade, sendo de diferentes áreas: gastroenterologista (1), fisiatra (1), pediatras (2) e fitoterapeuta (1), atuantes na especialidade; há um médico do trabalho (não atuante) e um cirurgião geral que atua somente como clínico.

Dos sete profissionais entrevistados, seis fizeram curso de especialização em Medicina de Família e Comunidade e somente um obteve titulação nessa especialidade. Estes dados demonstram que as demais especialidades competem com a Medicina de Família e Comunidade, embora seja louvável a iniciativa desta especialização entre os médicos da ESF, após a sua inserção nas equipes.

Observando estas características sobre a formação do profissional médico, algumas questões devem ser consideradas: 1. a graduação que não é terminal e cada vez mais exigindo a especialização como complementação obrigatória e 2. a discussão sobre qual médico seria o mais adequado para a Atenção Primária.

Sobre a graduação, discute-se a reformulação dos cursos de medicina, processo em marcha, mas que ainda há muitas dificuldades a serem superadas, e enquanto isso, na tentativa de suprir as lacunas na formação, vem crescendo a pós-graduação em Medicina de Família, e o movimento de torná-lo uma especialidade reconhecida e atrativa para os médicos.

Em relação ao médico mais adequado para a APS, Starfield (2002) levantou diversos estudos de avaliação e comparação do trabalho de médicos de família, especialistas e pediatras, entre outros, sendo que ao final, aponta que existem evidências de que os médicos de família “*são mais efetivos e mais eficientes na provisão das funções da atenção primária do que os especialistas*” (STARFIELD, 2002, p. 154). O CONASS aponta em publicação de 2007, que o “*profissional médico tido como mais adequado para o trabalho na ESF é o Médico de Família e Comunidade (MFC), uma especialidade na Atenção Primária ainda muito pequena em nosso país* (BRASIL, 2007, p. 82)”.

Sobre esta especialidade, dados da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) mostram que foram realizados seis Concursos para Título de Especialista em MFC desde 2004, dois dos quais policêntricos, em dez e oito policêntricos, em dez e oito capitais, simultaneamente. Todavia, somente 1.442 médicos inscreveram-se e realizaram as provas e apenas 605 conquistaram o título (FALK, 2011). Considerando as mais de 30 mil equipes implantadas no país com seus respectivos médicos, este número está muito aquém do desejado (2%). No município estudado, menos de 5% dos médicos que integram a ESF têm esta especialidade, semelhantes às referidas pela SBMFC.

Esta talvez não seja a resposta definitiva sobre o problema do perfil do médico para a APS, mas o médico de família tem se demonstrado efetivo em diferentes sistemas de saúde, alcançando bons resultados em países como o Canadá, Inglaterra, Cuba e Holanda, que consideram e adotam o especialista em medicina de família e comunidade (ainda que com diferentes denominações em cada local) como o profissional de primeiro contato (ANDERSON; GUSSO; CASTRO FILHO, 2005). Neste sentido, a especialização em MFC, tem sido apontada como uma alternativa viável para a realidade brasileira.

#### 4.1 A IMPLANTAÇÃO DA ESF NO MUNICÍPIO: INSERÇÃO DO PROFISSIONAL MÉDICO, SUAS PERCEPÇÕES E EXPECTATIVAS

Sendo a Saúde da Família uma estratégia de mudança do modelo e reorientação das práticas, a inserção dos profissionais nas equipes e, portanto, no processo de construção do novo modelo, pressupõe uma ação estratégica dos gestores e equipes gestoras. Entre os entrevistados, a adesão ao programa foi por uma decisão individual e de caráter administrativo, sendo as motivações relacionadas à possibilidade de regularizar horas extras, mudança de vínculo ou garantia de permanência na Unidade na qual estava atuando, como demonstram os depoimentos:

*[...] a proposta do PSF, para nós pediatras, especialmente para mim, veio como uma possibilidade de sair do plantão do PAI (Pronto Atendimento Infantil (Janáina).*

*[...] houve uma conversa de que quem não fosse PSF, sairia da Unidade e seria transferido não sei para onde. Então as pessoas que tinham juízo resolveram aderir ao PSF, para ficar nas suas Unidades. Ai eu acabei aderindo ao PSF, mas não me arrependo (Luísa).*

Cabe ressaltar que durante todas as entrevistas os médicos se referem ao PSF e não o citam como estratégia, decorrente do fato de que a ESF foi implantada como programa e denominada PSF, e desta forma identificada pelos profissionais.

Entre os entrevistados não houve situação que diferisse deste contexto, ainda que, segundo os relatórios de gestão do período, os convites aconteceram por meio de contatos pessoais e reuniões com os profissionais

médicos para composição das equipes. Entretanto, as ações realizadas pela gestão não foram suficientes para esclarecer a proposta, como mostra o relato:

*Não se teve nenhuma discussão prévia, sobre o que seria efetivamente trabalhar a proposta em Londrina, simplesmente houve uma reunião onde foi pedido para que na verdade o médico, que atendia nas Unidades assumisse o programa Saúde da Família (Janaína).*

O cenário descrito pelos médicos na fase de implantação é de insegurança e pouco acesso a informações. As reuniões realizadas não foram suficientes para que se sentissem incluídos, participantes e sujeitos ativos no processo ou ainda, sentirem-se devidamente informados. Os médicos relatam que não tinham conhecimento prévio sobre o funcionamento do programa, lembram-se de uma ou outra experiência, como a do Rio de Janeiro, porém não citam a experiência do programa Médico de Família que já existia na zona rural do próprio município onde atuam.

Apesar da falta de informações sobre a implantação e o funcionamento da proposta, havia alguma expectativa favorável a ESF. Alguns médicos se referiram a ela como a possibilidade do resgate do verdadeiro médico de família – [...] *aquele que conhece a família como um todo e que poderia oferecer atendimento integral a toda a família, e proporcionar maior conhecimento sobre o território (Carolina)*. Outros, como Marina, tinha expectativa de que a SF seria um ambulatório comum, mas com possibilidade de diminuir consultas e trabalhar mais com prevenção e cuidado: [...] *vamos desafogar a unidade de patologias e visitas e consultas para tratar o paciente com prevenção e cuidado*.

Nestas falas percebe-se que, apesar do desconhecimento, as expectativas eram de que a SF traria modificações na forma de atender, trazendo novos recursos para questões como aproximação com o paciente e sua família, conhecimento do território, o trabalho com prevenção, além da atenção à demanda. As expectativas apontam que os profissionais, naquele momento, compunham um cenário propício para o desenvolvimento da proposta.

Consta no projeto de implantação da ESF em Londrina a importância do envolvimento dos profissionais, que deveriam ser incluídos na estratégia da Saúde da Família, como sujeitos do processo. Segundo o documento:



[...] três atores devem ter um tratamento privilegiado na estratégia de implementação do PSF: as UBS, os servidores e os Conselhos Locais de Saúde (CLS). [...] Os servidores e demais funcionários da rede básica devem ser incorporados como “sujeitos” do processo de mudanças. Sua participação deve ser contínua e também estratégica para que se respeitem os diversos e distintos interesses corporativos presentes, sempre que possível, pactuando e negociando desde que não nos desviemos dos objetivos deste projeto. (LONDRINA, 2001)

Esta intencionalidade acima apontada é fundamental em uma proposta que pretenda modificar modelo de atenção por intermédio das práticas. Entretanto, o disposto no documento teórico não se refletiu na forma como foi realizada a inserção dos profissionais, considerando a insegurança e o desconhecimento contido nas falas dos médicos, o que se configura em um elemento limitante da adesão destes profissionais à ESF.

Após apresentação inicial da ESF, seguiu-se a fase de introdução dos profissionais no trabalho. Para os médicos, também o ingresso na ESF se deu com restrições:

*Realmente a gente acabou aprendendo o programa mais na prática do que recebendo informações prévias (Miguel).*

O treinamento introdutório cumpriria a função de inserir o profissional, caracterizando, em tese, a primeira fase de um processo que deveria ser permanente. Documento do CONASS sobre a Atenção Primária e Promoção da Saúde, indica a importância dos cursos introdutórios para todas as equipes que ingressam na ESF, levando em conta o fato de que estes profissionais são ainda resultado de processos formativos descolados da Saúde da Família. E que os cursos introdutórios “devem ser compreendidos também como momento privilegiado de acolhimento dos novos profissionais e de início de vínculo com as equipes gestoras” (BRASIL, 2007).

Esta recomendação é reafirmada no Pacto de Gestão que define a obrigatoriedade de realização do Curso Introdutório no período máximo de três meses após a implantação das equipes prevendo transferência de incentivos de apoio à realização dos cursos. Os entrevistados não relatam ou não reconhecem a existência desse processo naquele momento.

Após a implantação da ESF, veio a fase de apropriação do trabalho, a que acontece no *fazer cotidiano* dos profissionais. Outras capacitações serviram como apoio para o atendimento às patologias mais prevalentes do território, como

mostra o depoimento: [...] *na verdade foi tudo indo [...]. Não teve, algo assim, vamos lá... você vai trabalhar assim. Não! Foi sendo discutido dentro das capacitações, porque antes se fazia muita capacitação (Luísa).*

Outra referência de capacitação citada pelos médicos foi o programa de Educação Continuada em Medicina de Família e Comunidade (PROFAM), com duração de dois anos que, para alguns, foi importante na formação em Atenção Primária à Saúde e trouxe as primeiras noções de como atuar no PSF. Entretanto, não conseguiu mudar a rotina de trabalho nas Unidades e a prática cotidiana dos médicos:

*E mesmo quando a gente iniciou, eles fizeram um curso [...], só que não transmitiu toda a noção de como seria realmente. Era um curso extremamente teórico, em que a gente acabou ficando realmente com pouca noção de como seria a coisa na prática. (Miguel)*

Estes relatos sobre a implantação da ESF evidenciam questões importantes para a gestão dos serviços, principalmente em se tratando da introdução de novas iniciativas. A fixação e o comprometimento (comprometimento entendido como envolvimento, participação e dedicação) dos profissionais de saúde com os serviços da atenção básica e com os usuários do sistema são nós críticos quando se pensa na melhoria da qualidade e da efetividade do trabalho em saúde (GIL, 2006).

Chorny (1996), por sua vez, ressalta a importância da gerência estratégica em saúde mais do que em qualquer outra organização, porque as organizações de saúde têm muitas especificidades e são complexas. Por outro lado, o setor saúde tem dificuldades de incorporar conhecimentos, ferramentas e mecanismos administrativos e gerenciais originários ou desenvolvidos por outras áreas do conhecimento. Há que se considerar, ainda, que os elementos motivação e mobilização das pessoas estão relacionados a outros aspectos do desenvolvimento do trabalho como informação, comunicação, compreensão e significação das informações que impulsionam ou não para a ação.

Uma das reflexões presentes nesta discussão é que se agrega ao conjunto de ferramentas voltadas à inovação da gestão da saúde é a da Educação Permanente em Saúde (EPS), proposta que a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) vem se debruçando desde final dos anos 80 (SOUZA et al, 1991) porque, os

pressupostos trazidos pela APS, não se traduziram em melhores resultados para as práticas em saúde, pois os estilos de gestão ainda vigentes, na prática, consideram tanto os pacientes como os profissionais que atuam nos serviços de saúde objetos e não sujeitos dos processos.

Para Quintana et al. (1994) o projeto de Educação Permanente para o melhoramento da qualidade do trabalho em saúde deve ser um projeto institucional que,

[...] supone cambios en la cultura institucional y el estilo de gestión, pero también es en todos los casos un proyecto grupal, de los equipos de salud. Es un trabajo de grupo de análisis estratégico de la situación institucional, la problematización de la misión (revisión o reencuentro), la construcción de la imagen objetivo de calidad y el momento esencial del proceso: la definición de los problemas de calidad sobre los que se va a intervenir.

Isso posto, as percepções relativas a este grupo temático demonstram que a implantação da ESF no município estudado foi realizada de forma mais normativa do que estrategicamente, com pouco envolvimento dos médicos. Da mesma forma, a comunicação e a informação acerca da nova proposta não foi significativa para estes profissionais e os processos de capacitação foram insuficientes e não resultaram na mudança das práticas desejadas. A ausência de uma política de educação permanente como estruturante neste processo de mudança do modelo desejado para o município pode ser uma possível explicação para a pouca compreensão e adesão dos médicos à ESF.

#### 4.2 O TRABALHO COTIDIANO DO MÉDICO NA ESF

Este agrupamento temático reuniu os diferentes elementos apresentados pelos entrevistados sobre suas atividades na ESF: território, atenção ao indivíduo e à família, visita domiciliar, trabalho em equipe, vínculo, o cuidado dentro do PSF e atendimento à demanda.

#### 4.2.1 O Trabalho sobre um Território Definido: Território Responsabilidade, Território Vivo

O território na fala dos profissionais emerge como um diferencial no trabalho da ESF. Os profissionais se referem à forma como a área de abrangência passa a ser vista como um território vivo e o significado deste olhar se reflete em transformações nas práticas dos médicos, e por outro lado os médicos relatam as dificuldades encontradas na apropriação deste território.

O processo de apropriação do território foi a primeira ação desencadeada no sentido de definir o trabalho das equipes. As Unidades de Saúde já trabalhavam com a lógica de área de abrangência, que foram mantidas, enquanto desenho geográfico, mas ganharam status de território com o cadastramento das famílias pelos ACS e construção do mapa inteligente e caracterização do território.

É possível perceber a mudança de significado que o território adquiriu com a implantação da ESF. Nos depoimentos, os médicos falam sobre a experiência do território-paisagem, um lugar de passagem:

*A população eu até conhecia. Eu não conhecia a realidade dos bairros. Quer dizer, como eu não ia à casa dos outros, eu não circulava pelo bairro. Eu circulava no caminho do posto e do posto para casa, só naquele caminho (Luísa)*

E depois, como ele se transforma em um território vivo, passam a conhecer o território além da estrutura física, reconhecem pessoas, famílias, a dinâmica social, as necessidades e o risco em cada área. Pessoas que nascem, vivem e morrem nesse território:

*Agora, eu conheço a minha área, a estrutura da minha área. Coisa que eu não conheço das outras áreas, da mesma forma, como eu conheço a minha área. Os problemas sociais da área, os bolsões de pobreza, o esgoto a céu aberto da minha área, isso eu não conheço das outras áreas. (Luísa)*

*[...] conheço ruas, conheço pacientes por nomes, os filhos eu conheço em sua grande maioria. Ligo às vezes quando não dá pra ir, pelo fato de você já conhecer, e quando vai a óbito a gente sofre também. (Marina)*

Observa-se uma preocupação em estabelecer o cuidado a partir da observação dos problemas e necessidades percebidas no território, como citado por Carolina e Luísa:

*[...] é diferente é você ver onde aquele paciente está... Quando você vai na casa, que você vê realmente as condições da família, as condições de higiene do local onde ele mora ou as condições de pobreza absoluta no lugar onde ele vive, então você começa a se dar conta de que o atendimento é muito mais difícil do que você imaginava que fosse. (Carolina)*

*Então a gente discute assim os problemas maiores de cada área. Alguns pacientes-chave para a gente estar tentando resolver. (Luísa)*

É possível inferir que reconhecer o território ampliou a visão pessoal do médico, fazendo-o ter outra compreensão sobre os indivíduos e famílias, em que pese predominar o atendimento individual.

Entretanto, embora os médicos reconheçam o território com algumas especificidades, as ações ainda não são planejadas de acordo com as necessidades detectadas:

*Infelizmente a gente não discute os problemas da família e da comunidade, que eu acho que é o que a gente deveria estar fazendo. Efetivamente conhecer e atuar sobre os problemas das pessoas que vivem lá. (Janaína)*

Um problema citado é a falta de médicos na ESF, e que o número de famílias por equipe é maior do que o preconizado pelo Ministério da Saúde, o que dificulta o acompanhamento dos usuários do território:

*Existe represamento [...]. Tenho uma área grande, é desproporcional ao que preconiza o Ministério. Então, se você me perguntar hoje eu não vou saber falar com certeza, mas acredito que eu devo estar cuidando de umas quinze mil pessoas, eu sou o único clínico para quinze mil pessoas! (Pedro)*

Porém, ainda que exista essa distribuição irregular do território e a não direcionalidade das ações de acordo com as necessidades locais, ainda assim é possível reconhecer a aproximação com o território influencia o trabalho do médico, pois isto leva a perceber as necessidades e reconhecer os limites. E para alguns, isto significa o diferencial no trabalho da ESF:

*Ver o paciente na realidade dele, na casa dele, na rua dele, com o vizinho dele do lado, para saber por que aquele paciente, de repente, está adoecendo. E você poder agir realmente naquilo que for possível para melhorar. Acho que isso foi o que realmente mudou. (Luísa)*

Um aspecto que distingue a estratégia Saúde da Família do modelo tradicional centrado na doença é a adscrição de clientela e a responsabilidade sobre um território. E esse território, segundo Campos (2003), é um “território usado pelos homens, tal qual ele é, isto é, o espaço vivido pelos homens, sendo também, o teatro da ação de todas as empresas, de todas as instituições.” E sobre este território vivo incidem fatores econômicos, sociais, culturais, políticos e epidemiológicos, e é onde se desenrola o processo da saúde e do adoecer, determinado por esses fatores e as inter-relações que o dinamiza. O território é onde a equipe de saúde estabelece a sua base de atuação em parceria com a comunidade, reconhecendo as necessidades e potencialidades de cada local. Este conceito de território vivo e dinâmico apresenta-se presente nas falas dos médicos.

No estudo de Barcellos e Pereira (2006, p.53) sobre território e PSF, o autor afirma que existem várias maneiras com que as ESF se apropriam de seus locais: “um território amorfo que contém uma população a ser atendida; um local com características próprias de difícil apreensão; ou um local com características inerentes ao lugar e em que estas influenciam no modo dessa população pensar e agir no território”. E estas diferentes concepções influenciam a operacionalização da ESF. No caso de Londrina, os médicos reconhecem o território em sua dinâmica, porém não conseguem dar vazão e respostas as necessidades percebidas, principalmente por questões estruturais da proposta.

A situação descrita pelos médicos não parece ser exclusiva de Londrina. Em estudo realizado por Alvarenga e Martins (2010), encontrou situação semelhante entre os médicos de Vitória, ES, que não reconheciam o território além da concepção de área de abrangência, e não existia uma análise sistematizada das condições de vida e da estrutura social.

O território, portanto para estes profissionais, traz elementos relevantes que acabam por impactar na sua prática cotidiana, representando um diferencial na forma como enxerga e como repercute positivamente no comprometimento com o trabalho e com a comunidade. Falta, porém, vencer as limitações dadas na organização do processo de trabalho da equipe, para que a

equipe efetivamente se aproprie do território, além do desenho no mapa e divisões administrativas, mas possa planejar e adequar recursos e ações de acordo com as necessidades vivas e reais de cada local.

#### 4.2.2 Atenção ao Indivíduo e à Família

Este foi um tema recorrente nos depoimentos dos médicos. Conhecer o paciente além do consultório acrescentou elementos novos na sua forma de abordagem e na sua decisão terapêutica. E isto parece ter sido outro diferencial na prática deste profissional. Por outro lado, também apresenta contradições no trabalho do médico da ESF em Londrina, onde ainda persiste a fragmentação do cuidado.

Nas entrevistas, os médicos citam que com o trabalho na ESF, principalmente nas ações relacionadas ao atendimento no domicílio do paciente, passaram a conhecer o indivíduo em seu espaço de moradia, tanto conhecendo as condições de moradia, o paciente na dinâmica familiar, as relações sociais construídas e como vivem e morrem, esperanças e incertezas. E esta proximidade, apresenta diferentes significados e matizes, que acaba por impactar na forma de conduzir o cuidado do paciente. Esta situação aparece nas falas como um aspecto positivo e que auxilia o médico em diversos aspectos, desde o diagnóstico até como diferencial na orientação da terapêutica a ser estabelecida, produzindo adequações do tratamento de acordo com a realidade e condições de cada usuário, como mostra os depoimentos:

*[...] às vezes você pega um paciente que chega pra você muito bem vestido, você vai na casa, você vê que é uma casa caindo aos pedaços, então, não adianta você ficar falando pra ele que precisa fazer mil exames, tomar vários remédios, que tem que comprar alguns, que tem que se deslocar para fazer algumas coisas, porque o paciente realmente não vai ter como fazer. (Miguel)*

Conhecer o paciente dentro da sua realidade – para Luísa permite compreender a doença como consequência do contexto de vida do indivíduo e atuar no que realmente é possível fazer. Para Joana,

*[...] a visita domiciliar deve ser focada no cuidado da família e não somente o paciente. O olhar para dentro do contexto família, estendendo o cuidado não ao indivíduo, mas pra família, reconhecendo que algumas vezes o adoecer cumpre uma programação estabelecida pela dinâmica familiar e relações que ali circulam.*

E aqui emerge o que pode ser um diferencial do atendimento do clínico geral e do médico de família que, *por conhecer*, acaba por dispor de mais recursos e outros parâmetros para estabelecer o diagnóstico e o cuidado. Segundo Joana,

*[...] você conhece o paciente como um todo, e por você estar acompanhando aquele grupo (familiar), você sabe o que prescreveu, o que ele tem, como agir daí pra frente, se ele entra no seu consultório andando de maneira diferente, você já sabe que aquilo não é o habitual dele. No Ambulatório você não tem como conhecer esse paciente tão bem naquela consulta de clínico que não seria o clínico da família. Você vai atender o paciente pelo que ele está sentindo, vai tratar e liberar. Ao passo que o médico de família não! se o paciente chegar para você, até a corzinha dele, você bate o olho e fala epa!! Não é isso! Tem alguma coisa errada! Você conhece o paciente. (Joana)*

Joana fala sobre como no cotidiano, conhecer o paciente potencializa as ações clínicas, e confere uma relação de vínculo entre o paciente e o médico, que passam a compartilhar a responsabilidade do tratamento. Carolina lembra que os sintomas/doenças acontecem nas pessoas de formas diferentes, porque cada pessoa é peculiar e com diferente forma de viver. Para isso deve-se considerar o paciente de uma forma mais integral. Procurar identificar outras situações relacionadas à família, trabalho, ao contexto de vida. O olhar além da doença e do sintoma:

*Então, eu não acho que o paciente deva ser tratado como um estômago que está doendo ou um joelho que está doendo. Porque muitas vezes essa dor de estômago tem a ver com o estresse que ele passa no trabalho, com a casa dele que tem algum doente, com os filhos, e por aí a fora. (Carolina).*

Em relação ao cuidado com o paciente, no estabelecimento do tratamento, fazem referência à atenção na prescrição da medicação para a doença no compartilhar o tratamento com o paciente e estabelecer a rede de cuidados também para a família. Essa proximidade que se estabelece no cotidiano das



equipes - conhecer o paciente, sua família, saber das dificuldades, gera afeto e vínculo do profissional com o paciente e com o seu trabalho. Este vínculo também transforma a prática médica, pois confere outro significado à relação com o paciente, repercutindo sobre o tratamento:

*Então, só que há algo que ao mesmo tempo em que é bom é perigoso, porque você passa a ser parte da vida desse paciente e tudo que você falar aqui pode influenciar lá. Então você tem que ser cuidadosa com a atitude que você vai tomar aqui, porque vai repercutir lá, dentro da família. Então, não é que é perigoso, mas você tem uma responsabilidade para com a família [...] a sua atitude aqui vai repercutir lá. (Joana)*

Esta forma de estabelecer o cuidado, vem se contrapor a lógica de atenção vigente, onde temos o cuidado desenvolvido de forma fragmentada, há distanciamento do paciente, isolamento do profissional médico em relação aos outros profissionais de saúde, e uma prática clínica voltada para a doença. Esse modelo desconsidera a dimensão psicológica, social e cultural da relação saúde-doença, com os significados que a doença assume para o paciente e seus familiares.

Arouca (2003) um dos pioneiros na crítica sistematizada sobre a tríade de problemas — educação médica, modelo assistencial e práticas médicas — ao contestar que a prática médica curativa, além da sua atomização, se esgota no diagnóstico e na conduta terapêutica, afirma que ela acaba por também minimizar as práticas de prevenção e de recuperação da saúde. Este tipo de medicina privilegia a doença e a morte em detrimento da saúde e da vida e resultam na ineficiência e ineficácia das práticas, levando ao encarecimento da atenção à saúde; a especialização crescente da medicina com perda da noção de totalidade do ser humano; do conhecimento médico dominado pela visão biológica; a visão individualista da medicina e sua desvinculação com os problemas de saúde da população, onde, paradoxalmente, o raro se torna prioritário e o predominante é esquecido.

Segundo Foucault (1994), o surgimento da clínica fez uma clivagem no discurso sobre a patologia. Se antes, para se apreender a doença do paciente, a interlocução do médico com o doente era importante, paradoxalmente, o nascimento da clínica modifica sobremaneira esta aproximação aos problemas de saúde, passando a dar mais valor à visão classificatória dos sinais e sintomas do que ao

doente. Este passa a ser visto de forma reducionista, apenas como um apêndice da doença e esta sim, é que passa a ter valor substantivo para o médico no estudo e classificação das patologias.

É preciso compreender ainda, que uma mudança na forma que se estabelece o cuidado do paciente, significa romper com diversas concepções/estruturas consolidadas, que parte de uma crise nas relações do profissional médico. Segundo Schraiber (2008), esta crise é oriunda de um modelo da medicina liberal que, acarretou para o profissional médico uma ruptura em suas relações. Segundo a autora,

[...] no final do século XX, a questão da época está na esfera relacional do trabalho dos médicos – em suas interações. Suas relações com o paciente e com o saber – construídas no interior da medicina liberal - sofreram transformações tão intensas na medicina tecnológica que se geraram *rupturas interativas*, que se estenderam também às suas relações com os colegas e com os demais profissionais de saúde. (SCHRAIBER, 2008, p. 20)

O resgate destas relações significa um ponto de mudança na prática do médico. Starfield (2002, p.292) aponta que “as interações entre profissionais e pacientes contribuem para o estabelecimento de relações de longa duração, que facilitam a efetividade na atenção primária”, e “[...] é a amplitude e a profundidade do contexto que distingue as interações na atenção primária daqueles outros níveis de atenção”.

E esta é uma discussão que envolve diversos aspectos: é uma relação dual, que tanto o profissional quanto o paciente definem o tipo de relação; a formação do profissional médico, as habilidades de comunicação do profissional e o contexto do local. Não existe uma modalidade de interação que seja mais adequada, estudos citados dão conta que relações em que o paciente é colocado de forma mais ativa e parceira no estabelecimento do diagnóstico e terapêutica, tem obtidos melhores resultados (STARFIELD, 2002).

A ESF aparece nesse cenário propondo-se a realizar essa aproximação com o sujeito do cuidado e ajudar o profissional médico a recuperar o seu papel enquanto produtor de cuidado de forma integral, integrando-o à equipe de saúde. Segundo o documento do CONASS:

A integralidade na prática da APS pressupõe um **mergulho na complexidade do sujeito, partindo do sofrimento do indivíduo e indo ao encontro da teia de relações causais e do contexto de vida das pessoas**, proporcionando uma aproximação aos determinantes sociais do processo saúde-doença (grifo nosso). Esta aproximação, muitas vezes originada do encontro de um integrante da equipe de saúde com um usuário em um contexto clínico, deve ser o primeiro passo para o enfrentamento desses condicionantes em nível individual e coletivo. (BRASIL, 2007).

A partir desta visão de integralidade, espera-se que a prática clínico-assistencial individual e/ou coletiva na ESF, deva buscar uma abordagem holística do processo saúde-doença; integração interdisciplinar e intersetorial; fortalecimento da relação médico-paciente produtora de autonomia; uso de conhecimentos e ferramentas cientificamente embasadas; ênfase em promoção da saúde e prevenção de doenças; diagnóstico precoce de agravos e doenças; atenção aos novos problemas de saúde; cuidado continuado dos problemas crônicos; e prevenção oportuna (BRASIL, 2007).

Além disso, ao considerar o conceito ampliado de saúde disposto na Constituição brasileira e nos princípios e diretrizes do SUS, nos quais a saúde é fortemente influenciada pelo contexto social em que as pessoas vivem e trabalham, é esperado que os fatores sociais sejam componentes importantes da interação médico-paciente.

As falas expressam o significado de olhar para além do indivíduo, é a possibilidade de enxergá-lo dentro do seu contexto social e familiar, suas condições de vida, seu trabalho, a dinâmica de suas relações, e que sirva como orientação para o cuidado que o médico estabelece, considerando não somente as opções terapêuticas, mas compreendendo as necessidades e limites de cada um. Neste sentido, observa-se neste estudo que a ESF vem se contrapondo ao distanciamento interpessoal e isolamento do profissional que caracteriza a prática médica atual, potencializando a possibilidade de restabelecer relações mais próximas com os sujeitos do cuidado.

Até aqui, revelam-se os avanços relatados pelos profissionais em relação a uma visão mais ampliada do indivíduo, enfoque para além da clínica centrada na doença, porém há uma especificidade colocada em relação à ESF de Londrina que dificulta o avanço para as práticas generalistas: o médico da Saúde da Família não atende seu território de forma integral, pois o seu atendimento ainda é

compartilhado com o pediatra e o ginecologista, sendo que estes não atendem dentro da lógica da estratégia.

O clínico, desta forma, não faz o acompanhamento das crianças e das mulheres (em especial na sua fase reprodutiva) e esta distorção evidencia-se na atenção a demanda espontânea, visto que a agenda da Unidade mantém a estrutura tradicional, crianças para a pediatra e mulheres com queixas para o GO. Pedro evidencia esta situação: *mas o atendimento clínico é comigo, o atendimento pediátrico é com a doutora e, o ginecologista que atende a parte ginecológica.* Apenas em algumas Unidades, conforme a necessidade de rearranjos devido à falta ou sobrecarga do profissional pediatra ou ginecologista, o clínico acaba por assumir alguns desses casos.

Diferente de Londrina, em outros municípios, como mostra estudo sobre a situação da ESF no Brasil em 2008, a maior parte dos médicos das equipes realiza atendimento em clínica (99,2%), em pediatria (99,2%), em ginecologia (89,5%) e em obstetrícia (88,5%), ou seja, os médicos das equipes de SF assumem de forma integral o atendimento da população do território (BARBOSA, 2009).

Outra face deste problema refere-se ao fato de que alguns pediatras assumiram equipes de SF. Os dois profissionais médicos e que são pediatras relatam manter o atendimento a crianças e adolescentes no dia-a-dia, estando as ações de Saúde da Família, restritas ao atendimento dos acamados no seu território:

*Eu atendo normalmente todos os dias, meio período de clínica pediátrica, um dia por semana visita e duas horas de cada dia para discussões de casos de PSF dentro da unidade (Marina)*

*Eu ainda atendo (pediatria), o grosso do atendimento é meu, está restrito a faixa etária de crianças e adolescentes. Até em torno de 22 anos, praticamente, os pacientes, tendo vaga, eles vão passar comigo. Excepcionalmente, quando tem casos agudos de adulto e de idoso e falta de clínico eu também atendo. Alguns pré-natais eu já fiz, mas só. (Janaína)*

Isto se torna um problema também para o clínico, que acaba por assumir toda a demanda de atendimento das áreas das equipes SF da Unidade, abarcando um número maior de pacientes:

*Eu sou o único clínico geral na área, tem o outro colega que é contratado pelo PSF que faz visitas também para metade da área, uma vez por semana, e faz pediatria na Unidade, não faz*

*atendimento clínico [...]. A área que a pediatra cuida no atendimento domiciliar, se eu não me engano são quarenta pacientes acamados que ela tem. Ela só cuida desses quarenta, os outros dezenove mil novecentos e sessenta sou eu quem cuido [...]. (Pedro)*

Esta situação tem sua origem na época da implementação do programa, pela inexistência de médicos com perfil generalista, o que obrigou a gestão a fazer estes arranjos, que acabaram por se tornar permanentes, por falta de respostas de longo prazo e que dessem conta desse hiato na formação dos profissionais. Mesmo o curso citado anteriormente (PROFAM) não foi capaz de solucionar este problema. A persistência deste modelo em que a atenção médica fragmenta-se de acordo com a faixa etária (criança ou adulto) ou por situação reprodutiva (mulher, gestante, puérpera), e com ações voltadas para as necessidades específicas da clínica (pediatria, ginecologia ou clínico geral), acaba por manter a fragmentação do indivíduo e o médico da ESF limitado na sua atuação.

As falas trazem a frustração dos médicos, por perceberem que não estão atingindo os objetivos propostos:

*A Saúde da Família aqui, para mim, é uma farsa na realidade. A gente faz um atendimento clínico e faz uma vez por semana, visita domiciliar e só quando tem funcionário. Então, a prática de Saúde da Família realmente mudou pouca coisa, pelo menos na minha rotina não mudou muita coisa não, porque o que eu estou fazendo hoje basicamente é o que eu já fazia antes. (Pedro)*

*[...] é um sistema que para mim está falido. Você não faz PSF na íntegra, quem falar que faz, na verdade, não faz, porque você é obrigada a dar conta de demanda, ou seja, você não tem tempo para fazer prevenção como deveria. (Joana)*

Esta categoria fala, portanto, sobre uma contradição essencial da ESF no município estudado. Ao mesmo tempo, que é possível vislumbrar avanços nas falas dos profissionais, em relação a abordagem mais integral do indivíduo e sua família, em outros momentos, fica evidente a frustração em relação a organização do processo de trabalho do médico, que não permite que se efetivem práticas que dêem conta das expectativas geradas dentro da proposta.

Em síntese, fica evidente que na prática profissional do médico houve uma apropriação das diversas dimensões que compõem a vida das pessoas atendidas na Unidade de Saúde com impacto para a forma de produzir o cuidado a

estes indivíduos. Neste sentido, a ESF contribui para qualificar o cuidado. No entanto, do ponto de vista organizacional, a gestão enfrenta limitações importantes para a estruturação da ESF que vai desde a falta de médicos, a indefinição do trabalho esperado dos diferentes médicos especialistas, a compreensão de que a ESF resume-se às visitas domiciliares e a pouca definição do modelo desejado resulta no descrédito apontado pelos médicos sobre o desenvolvimento da ESF no município.

#### 4.2.3 Atenção a Demanda na ESF

Segundo a PNAB, as equipes de saúde da família são responsáveis pelas ações de promoção da saúde, pelo atendimento da demanda espontânea e programada, atividades de prevenção de doenças, manutenção de saúde e atenção às fases específicas do ciclo de vida das pessoas de um determinado território (BRASIL, 2006). Sobre esse tema, os médicos entrevistados se referem à pressão da demanda e o quanto se sentem capturados por ela, e como o serviço se organiza em torno dessa demanda, principalmente a espontânea.

O primeiro ponto que se destaca nas entrevistas é o fato de que, embora haja delimitação das áreas por equipes e, como visto anteriormente, o atendimento ambulatorial continua dividido entre clínica geral, pediatria e ginecologia e não respeita esta lógica da responsabilidade territorial:

*Não, (o paciente que é atendido) é de qualquer área. Inclusive às vezes até de fora da área de abrangência da UBS. (Miguel)*

O cuidado à população do território está restrito somente aos pacientes que necessitam de atendimento domiciliar, este sim, realizado respeitando-se a distribuição por equipes.

A sobrecarga de consultas interfere na qualidade de atendimento prestado e é um dos fatores que causam pressão e desânimo do profissional médico:

*Tinha a cobrança para eu atender mais, mas aí eu senti que o cansaço veio. Eu estava sobrecarregada, porque se você não tem um limite que impõe, você se estoura, então eu me impus. Eu atendia vinte e quatro, vinte e cinco, Fui abaixando. Eu consigo atender em quatro horas, dezesseis pacientes bem atendidos. (Marina)*

*Com essa historia de atender demanda, demanda, demanda, você consulta o que está afligindo o paciente ali na hora, e não consulta o paciente como um todo, porque você não tem tempo. (Joana)*

A atenção a demanda espontânea e programada é um ponto de estrangulamento nas Unidades, gerando fila, insatisfação do usuário e do profissional, porque compromete o seguimento dos pacientes, sobre os quais deveria se estabelecer seguimento contínuo, como no caso dos portadores de doenças crônicas– hipertensos e diabéticos. O profissional reconhece que o seguimento com o mesmo profissional é importante no cuidado do indivíduo:

*Ainda, tem um número bem grande de consulta reservada para emergência, que eu acho que é uma demanda aqui da região, porque como a gente não tem um plantão aqui na unidade, a comunidade mesmo quer um atendimento de plantão. [...] as vagas são pequenas para toda a demanda. Então você tem filas grandes para você marcar uma consulta de rotina, por exemplo, para tratamento de pressão alta, diabetes. Então é um problema para você resolver e acaba gerando outro problema. (Miguel)*

*O certo. Como eu falei, eu acho que a gente deveria ter essa divisão (atendimento dividido por área). Realmente, porque, como a gente faz a visita em determinada área, a gente teria condições de ver aquele paciente como um todo. A família como um todo, e isso infelizmente não acontece, porque eu cuido do filho mais eu não vou visitar o pai, por exemplo. E às vezes isso é ruim, porque um paciente começa um tratamento comigo e vai para o outro clínico e aí volta depois comigo. E fica aquela confusão, porque cada um tem a sua sistemática de atendimento, seu tratamento e então, eu acho isso ruim. A pessoa começa com um médico e ela deveria dar continuidade com aquele mesmo médico. (Miguel)*

Os médicos se referem a situações em que se percebe que a demanda prepondera sobre a organização do trabalho na equipe:

*Hoje se busca muito aqui e parece que o profissional ou alguns profissionais, não dá para sair, porque você tem que atender, porque o paciente está ali fora e as consultas estão demandando e aí você tem que atender. Então você acaba limitando um dia de visita e o restante de consulta. (Marina)*

*A gente não tem apoio, a questão de fazer grupos, qualquer atividade extra é muito limitada à enfermagem, porque o médico, a prioridade do médico é tocar a demanda. (Janaína)*

Os médicos percebem que precisam compartilhar as ações, que é importante o trabalho com divisão de responsabilidades, mas não conseguem compreender de que forma isso funcionaria. Só percebem o resultado que é o aumento da demanda.

*Entraria as divisões das responsabilidades. Em uma equipe hoje está complicado porque é o que a gente tem discutido: o PSF abriu demanda por que eles não esperavam isso e o que era para fazer uma unidade menos movimentada, acabou sendo uma unidade muito movimentada. (Marina)*

Outro sintoma do problema sentido pelos médicos é o tempo disponível para o atendimento, decorrente da agenda cheia, sendo também citado como um fator que interfere na qualidade da consulta e do atendimento. No estudo realizado por Gil (2006) em Curitiba, os médicos do PSF também se referiram ao tempo para consultas e a alta demanda como fatores dificultadores para a relação médico paciente. Carolina traz em sua fala que frustração com a qualidade do atendimento:

*A gente tem que ter a qualidade no atendimento e não a quantidade. Para eu atender de qualquer forma, isso me frustra, eu não me sinto bem, sabendo que tem vinte me esperando, porque eu sei que eu não vou dar atendimento adequado para essas pessoas. (Carolina)*

A qualidade do atendimento está vinculada à qualidade da escuta e da disponibilidade do profissional para o atendimento, à relação que ele estabelece com o paciente, além da disponibilidade de tempo para cada atendimento.

Observa-se, portanto que o trabalho do médico na ESF em Londrina continua centrada no atendimento à demanda ambulatorial, espontânea ou programada. As Unidades trabalham com diferentes formas de organizar a agenda. É colocada como ponto crítico por todos os entrevistados, com problemas diversos: baixa oferta, demanda não organizada, pouco tempo para atendimento interferindo na qualidade do cuidado (quantidade X qualidade). A pressão da demanda interfere na organização da estratégia, sendo que a equipe opta por abrir mão do atendimento no domicílio, para garantir que o médico permaneça na Unidade, gerando vagas para consulta. A demanda ditando o trabalho dentro do PSF.



O trabalho organizado de acordo com demanda por consultas médicas é um indicativo de que não houve mudanças na forma como é organizada a atenção. Percebe-se aqui uma falta de planejamento nas ações, pois serviços que fazem a avaliação somente no critério da produção do número de consultas realizadas, comprometem o atendimento, pois não considera outros parâmetros como o perfil epidemiológico e as necessidades do território.

Ainda sobre a demanda, é interessante citar a forma como Baremlitt (1992, apud FRANCO; MERHY, 2005) discute a demanda. Este autor refere que a demanda se constrói a partir da oferta, ou seja, “ninguém demanda aquilo que sabe que não pode ser obtido no serviço de saúde”. Ou seja, se o serviço de saúde tem a consulta médica como o condutor das ações, valorizando a consulta, o exame, a medicação, o usuário acaba tendo estes, como valores no cuidado da sua saúde, e não percebe alternativas além destas. Valoriza-se o tratar e não o cuidar.

Outro ponto levantado por Franco e Merhy (2005), se refere a que a demanda de um serviço se constrói a partir do não atendimento de certas necessidades, “*um serviço assim é incapaz de produzir sujeitos, autonomizar o usuário, e o torna “sujeitado” à lógica da dependência de procedimentos*”. O serviço não enxerga o indivíduo, portanto não confia na sua capacidade de auto cuidado e preservação.

A atenção baseada na lógica da doença mantém o sujeito na dependência dos procedimentos médicos – consultas, exames, medicação – porque não existem outras ações que dêem conta de *autonomizar* o sujeito: permanece a atenção fragmentada e o distanciamento do paciente (FRANCO; MERHY, 2005).

Então seria necessário refletir que essa demanda que causa sofrimento e pressão nos profissionais médicos tem origem na desintegração da atenção, com uma concepção clínica assistencial baseada na lógica da doença. Além disso, a longitudinalidade também está prejudicada, pois não se estabelece uma relação pessoal, essencial para o acompanhamento dos pacientes ao longo do tempo.

Neste sentido a organização da atenção ambulatorial na ESF de Londrina deve passar necessariamente a refletir esta questão: que o serviço produz e mantém a demanda. Uma porta de entrada que continua a atender na lógica da doença, mesmo com médicos mais sensíveis às questões relacionadas ao contexto

familiar e social, mas carecem de recurso e instrumental para oferecer outro tipo de procedimento que não seja o remédio ou os exames, inevitavelmente manterá a demanda espontânea pressionando os profissionais sem perspectiva de solução para a mesma.

Este é um problema que tende a cronificação caso não sejam tomadas medidas de redirecionamento na forma de organizar o modelo de atenção, embora se reconheça que esta não é uma tarefa fácil e nem simples.

#### 4.2.4 Atendimento ao Domicílio

A visita domiciliar é considerada uma tecnologia de interação no cuidado à saúde, sendo um instrumento de intervenção fundamental para as equipes, como forma de se inserir e conhecer a realidade da população, e estabelecer vínculos com o indivíduo e sua família, permitindo conhecer e compreender a dinâmica das relações familiares e sociais (BRASIL, 2007).

A visita domiciliar é a ação que mais caracterizou o trabalho da ESF para os entrevistados, e o que se mantém nas Unidades, entretanto, esta atividade é bastante questionada pelos mesmos. Como visto anteriormente, realizar a visita domiciliar, ir à casa do paciente, foi a ação que colocou o médico em contato com a realidade e o fez sair da acomodação de seu consultório. Porém apontam dificuldades recorrentes que impedem que ela seja realizada, de forma adequada.

Em geral, as equipes programam um dia na semana para realizar as visitas com o médico, e dependem do carro para realizar as visitas mais distantes, daí os problemas que podem ser climáticos ou um carro com falta de manutenção, como conta Carolina:

*É o dia que a gente sai para fazer a visita e evidentemente que nem toda semana isso acontece. Tivemos muito período com o carro quebrado, chegamos a ir com o nosso carro. A enfermeira ia com o dela e eu já cheguei a ir com o meu. Teve períodos que por causa de chuva, por causa de algum outro acontecimento ou o fato também de às vezes, eu poder sair, mas estar sem enfermeira, estar sem auxiliar e então assim é difícil, porque não tem condições da gente ir sozinha na casa, porque muitas vezes você é questionado, pode ser até agredido, então eu não vou mais sozinha sem o auxiliar ou a enfermeira. (Carolina)*

O médico nas equipes depende de alguém da equipe o acompanhe nos dias de visita para localizar as casas e apoiá-lo na visita. As equipes mapeiam a área e detectam quais famílias necessitam de visita domiciliar e classificam de acordo com o tipo de acompanhamento que deverá ser realizado, definindo frequência da visita por membro da equipe e as demandas de cada caso.

Percebe-se na fala de Pedro e de Janaína que existe diferença no objetivo da visita, que pode ser focado no atendimento ao indivíduo e a doença, ainda que no domicílio, ou pode servir como uma tecnologia que permita ampliar o cuidado das famílias no território:

*[...] e uma vez por semana, eu faço atendimento domiciliar, não para ver a realidade social. É para os pacientes que não têm condições físicas de ir até a Unidade de Saúde. É um vamos dizer assim é um Atendimento Domiciliar, não é visita domiciliar, pelo programa de Saúde da Família, é um atendimento domiciliar de paciente acamado. (Pedro)*

*[...] o que nós fazemos na comunidade, não é visita da família. A gente faz uma consulta do doente acamado. Infelizmente a gente não tem tempo para ficar discutindo os problemas da família, que é o que a gente deveria estar fazendo. Mas visitas e não visitas só quando o paciente solicita, quando a família solicita, visitas efetivamente para a gente manter o contato e efetivamente conhecer realmente a inserção das pessoas dentro da rede, em que as pessoas vivem lá dentro. (Janaína)*

Na compreensão dos médicos, o que o PSF em Londrina faz atualmente é visita domiciliar ao paciente acamado, e na maioria das vezes, visitas pontuais, por solicitação da família ou devido a alguma intercorrência, e isso causa insatisfação, expressa na fala de Janaína:

*Eu acho que a gente como médica faz muito pouco na casa do paciente. Porque algumas demandas não são da equipe do PSF, e a pouca disponibilidade de tempo que a gente tem para esse tipo de atividade. Não acho que funciona, dentro dos moldes, que ela é feita hoje. Ela é curativa porque você só vai lá porque o paciente está tossindo, esta com dor, você vai lá para medicar, fazer curativo. (Janaína)*

Em termos de organização da visita, os médicos referem-se ao problema de demanda e oferta, e que o número de pacientes acompanhados está

acima da capacidade de acompanhamento da equipe, dificultando a programação de visitas.

*Mas senão, na rotina mesmo, a cada dois, três meses a gente consegue ver, porque é só a minha equipe e temos 80, se eu não me engano, pacientes acamados. Eu atendo (visita domiciliar) uma vez por semana, se eu atender oito pacientes por semana, vou demorar dez semanas para atender todo mundo. Dois meses e meio. Se eu atender dez, eu vou conseguir atender em dois meses, a cada dois, três meses. A gente faz atendimento de rotina quando consegue.*  
(Pedro)

Sobre a concepção de visita na ESF, há diversas discussões sobre qual seria o objetivo desta ação. Giacomozzi e Lacerda (2006, p.646) definem a atenção domiciliar à saúde como:

[...] a modalidade geral da atenção à saúde prestada no domicílio, sendo uma categoria genérica que engloba e representa o atendimento, a visita e a internação domiciliares, cada qual com seus objetivos e características, [...] com o objetivo de promover, manter ou restaurar a saúde, maximizar o nível de independência, minimizando os efeitos das incapacidades ou doenças, incluindo aquelas sem perspectiva de cura.

As autoras distinguem a assistência domiciliar à saúde como uma categoria da atenção domiciliar, compreendendo como um “cuidado domiciliar” e baseia-se em um conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas desenvolvidas em domicílio, e pode ser instrumentalizada pela visita ou internação domiciliar. Ainda,

[...] a atenção domiciliar à saúde diferencia-se por constituir uma modalidade ampla que envolve as ações de promoção à saúde em sua totalidade, incluindo a prática de políticas econômicas, sociais e de saúde, que influenciam o processo saúde-doença dos indivíduos, além de envolver ações preventivas e assistenciais das outras categorias que engloba (atendimento, visita e internação domiciliar).  
(GIACOMOZZI; LACERDA, 2006, p.646)

E esta é uma distinção que vai além da classificação teórica, diz respeito a forma como as equipes estão se apropriando ou não do atendimento domiciliar como um instrumento de aproximação e intervenção sobre a realidade, ou somente tornou-se uma visita domiciliar para atender a demanda clínica. No caso de Londrina, o atendimento ao domicílio caracteriza-se pela segunda.

As falas até aqui, evidenciam questões conceituais e de organização do serviço, mas que sintomaticamente se revela para o profissional como uma questão de alta demanda e pouca oferta. Os profissionais percebem que existe potencial na ação, mas não conseguem superar as dificuldades impostas pela forma como esta organizada, gerando novamente frustração e pressão por atender uma demanda que está além de suas possibilidades.

#### 4.2.5 O Desafio do Trabalho em Equipe e da Atuação Multiprofissional

Sobre este tema foram agrupadas as falas sobre a equipe nuclear da Unidade e a relação do médico com profissionais de outras áreas, que realizam o apoio do trabalho da ESF. Evidencia-se a falta de planejamento e a noção de equipe ainda na forma de profissionais reunidos para executar ações demandadas.

Os médicos entrevistados citam poucas características sobre como é a dinâmica da equipe no cotidiano do trabalho. Dos sete, somente dois fazem reuniões semanais com a equipe, e sempre no dia determinado para a visita domiciliar e com foco na discussão dos casos que serão visitados. Marina reconhece a importância do Agente Comunitário de Saúde (ACS) na equipe:

*O ACS é meu braço direito dentro da equipe pessoal. Na minha equipe os ACSs são engajados, que conhecem os pacientes que visitam e que as vezes, até acho que exageram.*

Percebem também que existe potência no atendimento em que pode contar com a equipe, como extensão do cuidado:

*[...] muitas vezes, você é obrigado sair do consultório pedir para ver quem é o agente comunitário da área, para pedir pra ir à casa do paciente, ou verificar quais os remédios que ele ta tomando ou pedir para vir alguém da família junto. [...] Ou você tem levar (o paciente) lá para a enfermagem, para a pós consulta e falar, por favor, dá uma olhada melhor, orienta melhor nisso que ele está tendo dificuldade. (Joana)*

Não houve mais falas sobre como a equipe se organiza no cotidiano. Mais adiante, há relatos de problemas entre as equipes, mais ligados a aspectos relacionais.

O trabalho em equipe na lógica da ESF destaca-se como um dos pressupostos importantes para a reorganização do processo de trabalho, pois permite uma abordagem mais completa, na busca de uma assistência integral e contínua com maior resolutividade, permitindo a continuidade do acompanhamento. Para tanto é fundamental que seus membros tenham boa interação. Em relação a figura do médico dentro da equipe, Almeida e Mishima (2001), propõem uma revisão necessária de papéis:

[...] a revisão do papel do médico como central e hegemônico na equipe de saúde, que pode se desdobrar em valorações hierárquicas e desigualdades sociais entre os trabalhos dos agentes é imperativa. Compreendemos que a Saúde da Família pode se abrir para além de um trabalho técnico hierarquizado, para um trabalho com interação social entre os trabalhadores, com maior horizontalidade e flexibilidade dos diferentes poderes, possibilitando maior autonomia e criatividade dos agentes e maior integração da equipe. Este é um dos grandes desafios que se coloca para as equipes de saúde que vêm se inserindo na Saúde da Família. (2001, pg. 150).

Sobre isso não foi possível maiores aprofundamentos sobre como o médico se acomoda na equipe, na relação como os outros profissionais. O que se percebe, considerando os temas relatados anteriormente, que as equipes permanecem nucleadas em torno do trabalho do médico e que este continua como central e hegemônico dentro da equipe. Existem valorização e reconhecimento da importância do trabalho em equipe, mas não parece ultrapassar somente o discurso:

*e a gente tem conseguido sim, e a minha equipe modéstia parte, a equipe é boa, é uma equipe prestativa, e que tem condições de avaliar e eu confio plenamente neles, deposito a minha confiança. Se um deles chegar pra mim e falar oh doutora tem um paciente que esta fazendo uma crise asmática, já é usuário, eu confio naquela avaliação e autorizo fazer a inalação, fazer o tratamento que for necessário. (Carolina)*

Considerando ainda as dificuldades relacionadas anteriormente na execução das atividades cotidianas (atenção a demanda, visita domiciliar, apropriação do território), fica evidente que existe o trabalho em equipe organizado por tarefas, mas que não com a direcionalidade pretendida pela ESF.

Outro aspecto evidenciado foi em relação à inserção de profissionais de outras áreas. Luísa que trabalha em local de risco social vivencia situações que

vão além do cuidado e recuperação biológicos, e Pedro refere à falta de recursos além da consulta médica e a estrutura limitada do serviço:

*A gente tem muito caso de drogadição, então a gente discute isso também nas reuniões. O que vai fazer, quem a gente vai acionar para resolver isso aí: é o serviço social? É a psicologia? É o CAPS? Então, a gente discute a problemática em cada área da nossa equipe de PSF. (Luísa)*

*Algumas coisas que os Agentes Comunitários trazem, e a gente tenta resolver. [...] Mas não existe uma intervenção na realidade social ou de Saúde das pessoas. Eu acho que isso realmente não aconteceu até por falta de recursos além da consulta médica, além do serviço de saúde ser muito mal estruturado. (Pedro)*

A concepção da ESF enquanto uma prática integral na atenção às necessidades de saúde dos indivíduos e na co-responsabilidade pela saúde da população no seu território faz surgir a necessidade de incluir novos saberes, visando principalmente a área da promoção, prevenção e reabilitação da saúde, de forma a ampliar o escopo de ações na Atenção Básica.

Foram criados pelo Ministério da Saúde os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), numa iniciativa que vinculou recursos financeiros para apoiar os municípios para implantação e manutenção das equipes NASF - Portaria 154/ MS (BRASIL, 2008). Em Londrina houve adesão ao projeto de criação dos NASF a partir de 2009, com a criação de dez equipes, ficando responsável por, no máximo, oito equipes de saúde da família. Com isso as equipes passam a conviver com outros profissionais distantes anteriormente da Atenção Básica

É possível perceber na fala dos médicos que os profissionais do NASF, contribuem de forma complementar no cuidado do indivíduo e sobre agravos:

*[...] sim isso ajudou também (trabalhar com uma equipe) porque, a multidisciplinaridade hoje, ajuda você a conduzir os casos melhor. (Marina)*

Distinguem que as equipes do NASF estão mais ligadas às ações com a comunidade, atuando de forma autônoma, sem relação direta com o trabalho das equipes e que o trabalho da ESF está restrito ao cuidado do paciente e à Unidade, supõem que o NASF é quem deva executar as ações junto à comunidade

*O NASF [...] Estão fazendo um grupo de alongamento, um grupo de obesos, gestantes começou, parou, então é o mais fraquinho, mais elas estão agitando algumas outras coisas. (Marina)*

*[...] o grupo de caminhada é tocado também pelos profissionais do NASF, pela fisioterapia e pelo educador físico, que também contribuem conosco nesses atendimentos. A gente discute também com eles algum caso que eles tenham dúvidas ou, que há necessidade de encaminhamento médico, alguma coisa nesse sentido. (Carolina)*

Percebe-se ainda, que as atividades na comunidade praticamente inexistem para o médico, reiterando o seu papel de médico consultante e a sobrecarga pelo atendimento à demanda.

*Não. [...] A chefia acaba me limitando, pela questão da demanda do atendimento pediátrico. Não me envolve nesse sentido, procura evitar porque tem que fechar a agenda (Marina)*

A prática deveria ser outra. Segundo a portaria que instituí os NASF, estes núcleos, não se constituem em porta de entrada do sistema, e devem atuar de forma integrada à rede de serviços de saúde, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes Saúde da Família. Nas falas percebe-se que trabalho entre a ESF e o NASF não é articulado. É ainda uma equipe agrupamento, utilizando a tipologia de Peduzzi (2001), que se caracteriza pela justaposição das ações e agrupamento dos agentes, ou seja, as ações não são planejadas e integradas.

Segundo o documento do CONASS (BRASIL, 2007), um dos grandes desafios é promover a integralidade do cuidado em suas diversas vertentes. Pode-se entender a integralidade inicialmente pela capacidade da equipe em se articular internamente, em um trabalho em equipe e não em grupo. Isso significa mudar a prática cotidiana.

Em síntese, o trabalho em equipe multiprofissional e a troca de saberes interdisciplinares não se apresentam como fatores presentes no cotidiano de trabalho dos médicos. Esta é uma recomendação da ESF praticamente ausente na realidade estudada.

Vale uma observação sobre a intersetorialidade, visto que foi um tema praticamente ausente nas falas dos entrevistados. A pesquisa de avaliação de implantação da ESF em dez centros urbanos (BRASIL, 2005) demonstra que a



participação dos profissionais de nível superior em atividades extra-setoriais é baixa, porém a maioria dos profissionais de nível superior (67% e mais) afirma que a ESF para resolução dos problemas da comunidade deve relacionar-se com outros órgãos de políticas públicas, organizações governamentais e não governamentais da sociedade civil. Esta parece ser uma realidade também em Londrina, em que ações relacionadas a intersectorialidade são reconhecidas como fundamentais, mas fora da alçada da prática do médico.

#### 4.3 OS FATORES LIMITANTES E POTENCIALIZADORES DO TRABALHO DOS MÉDICOS NA ESF

Os fatores limitantes aparecem, como esperado, com mais intensidade e manifestam-se como insatisfação em relação principalmente à gestão do trabalho e educação na saúde e gestão municipal dos serviços. Por sua vez, os potencializadores são expressos por sentimentos de satisfação com a proposta e com alguns aspectos facilitadores do cotidiano desses profissionais.

##### 4.3.1 Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

Um dos grandes desafios postos para a gestão pública em saúde é a gestão do trabalho, principalmente nos aspectos relativos à forma de contratação, formação e capacitação dos profissionais e articulação da rede de cuidados. As falas citadas relacionam diversos problemas relacionados desde a estrutura até a falta de reconhecimento do trabalho.

Este problema manifesta-se na fragmentação das equipes, e na sobrecarga dos outros profissionais, e como dificultador no desempenho das ações:

*Eu estou apagando incêndio na Unidade. Então o que dificulta é a falta de profissionais para trabalhar não só médicos. Hoje, por exemplo, eu não pude fazer visita domiciliar, porque não tinha funcionário para ir comigo. [...] então o que dificulta realmente é a falta de profissionais. (Pedro)*

*Depois de 2007 até o começo de 2009, eu praticamente fiquei sozinha atendendo toda a equipe, então esse PSF praticamente não existiu e eu fiquei muito tempo sem fazer visita. Por quê? Porque só tinha eu de clínico geral na unidade e tinha que fazer o atendimento de duas equipes. [...] Quando eu cheguei aqui também eram várias (ACS)... Agora nós estamos com um número muito reduzido,*

*inclusive ficamos um tempo sem uma equipe e ai que o negocio embolou (Carolina)*

*[...] porque eu tive uma troca de enfermeira espetacular e nesses anos que eu estou aqui, em seis anos, eu tive cinco enfermeiras, então, é complicado. (Marina)*

O grande desafio, como já foi dito, em relação ao médico relaciona-se à sua capacitação para o trabalho com a ESF e para atuar na APS, o que também acaba por gerar alta rotatividade. O Médico de Família e Comunidade (MFC) é um profissional raro entre os médicos em Londrina e a formação profissional do médico não o prepara para lidar com situações que extrapolam o conhecimento específico do profissional médico. Luísa refere-se a essa sensação de despreparo e impotência:

*E as vezes quando você não consegue resolver as coisas você se sente realmente muito mal, porque as coisas que você se propôs a fazer quando saiu da faculdade, mas que você não consegue fazer. Você esbarra com coisas que são maiores que o seu conhecimento. Coisas sociais, econômicas, entraves burocráticos, sociais e econômicos com os quais na faculdade, você nunca imaginou e que estão ali no seu dia-a-dia e que acabam travando o bom andamento das coisas, como você imaginaria que deveria ser. (Luísa)*

Segundo os entrevistados, a Autarquia Municipal de Saúde de Londrina vem diminuindo as ofertas de capacitação, que foram mais frequentes nos cinco primeiros anos de implantação da ESF, o que parece ser mais um desestímulo para o profissional, que poderia sentir-se mais apoiado se participasse de mais capacitações, e que o ressegurasse no trabalho:

*A capacitação já foi boa, agora a capacitação passa longe [...] (risos) já tem tempo que a gente não tem capacitação. É, mas teve uma época que tinha o curso de atualizações, tinha atualizações, tinha capacitações, que foram importantes... Mas já tem um tempo que as capacitações não andam existindo, atualmente a gente não tá se capacitando. Cada um lê individualmente, mas não que haja capacitações específicas para os grupos de PSF (Luísa)*

*A falta de incentivo da parte do governo, para fazer cursos, para fazermos, procurar cursos, congressos, e melhoria mais, capacitação do nosso estudo. Isso falta...(Janaína)*

Sobre as questões relacionadas a sua vinculação com a instituição aparecem as insatisfações com o salário, que é uma queixa potencializada pelas condições precárias de trabalho:

*É claro que o salário é uma coisa que todo mundo fala, mas o salário é apenas uma das coisas, o salário é uma das coisas. Mas há esse outro universo de coisas que estão em volta e que também pesa bastante. (Luis)*

*(insatisfação) Além do salário e da falta de reconhecimento dos dirigentes deste município? É isso: o salário e a falta de reconhecimento. (Luísa)*

*Mas o salário, lógico, é um fator que desmotiva, mas o serviço não é pior, porque o salário que é ruim, a gente dispõe a trabalhar e tanto faz se você está ganhando bem ou mal e o paciente não tem nada a ver com isso. Então o tempo que a gente está lá no posto de saúde, trabalha direito, trabalha o melhor que pode e não trabalha melhor, porque a gente não tem recursos: (...) você tem uma falta de retaguarda, a falta de recursos em todos os sentidos e que atrapalha muito. (Pedro)*

Em Londrina, como em muitos outros municípios brasileiros, a Secretaria de Saúde não tem uma solução definitiva em relação a contratação de recursos humanos para a ESF, e desde a implantação, o município não dispõe de profissionais em número e perfil adequado no quadro de servidores da secretaria de saúde. O que ocasiona a situação de falta de profissionais nas equipes.

A opção foram parcerias com instituições como as organizações da sociedade civil (OSCIP), para que se efetuassem a contratação dos recursos humanos, para completar as equipes de PSF. Esta forma de contratação tem gerado muitos problemas na manutenção do quadro de profissionais da ESF por problemas relacionados a permanência do pessoal contratado, salários baixos, e nos últimos dois anos, houve troca por duas vezes de instituição contratante, devido a necessidade de formalização do processo burocrático-administrativo pela prefeitura (LONDRINA, 2009, 2010b).

Aos médicos efetivos da Secretaria (concursados) foi oferecida a possibilidade de ampliação de carga horária para cumprimento da jornada de 40 horas (LONDRINA, 2003a). Houve uma adesão inicial de pelo menos 50% médicos do quadro próprio e à medida que a estratégia foi perdendo força na rede de Unidades de Saúde, ocorreu a diminuição do número de médicos interessados na

continuidade do programa, com redução do número de equipes. Dessa forma cada vez mais, a Secretaria de Saúde passou a depender da contratação complementar pelas OSCIPs.

Dos médicos entrevistados, seis são concursados, com vínculo estatutário, não vivenciam, portanto, situações relacionadas a precarização de vínculo ou instabilidade. Entretanto, a situação de instabilidade na contratação dos recursos humanos, afeta diretamente o trabalho deles pela falta de profissionais médicos e não médicos nas equipes, tanto em quantidade, como na qualidade, com formação para atender as especificidades da ESF. Como causa apontam problemas relacionados a contratação, a defasagem salarial, ocasionando equipes incompletas e alta rotatividade de profissionais.

Outra questão apontada da rotatividade de profissionais dentro da equipe, é decorrente aos problemas citados e acaba por causar descontinuidade nas ações e dificuldades de relacionamento. A rotatividade relaciona-se diretamente à satisfação no trabalho. Segundo Campos e Malik (2008, p 352.), *a literatura considera que o principal fator que leva um funcionário a deixar uma organização é seu nível de insatisfação com a função que desempenha e que o descontentamento pode ser causado por qualquer um dos muitos aspectos que compõem o trabalho.* Estes autores realizaram um estudo com médicos da Saúde da Família em São Paulo, que indicou também que, de forma geral, os médicos *se sentem pouco capacitados a exercer suas funções e que a ausência de capacitação adequada leva à rotatividade dos profissionais.*

Então, em relação a gestão do trabalho ainda é necessário resolver problemas relacionados a forma de contratação, efetivar processos de formação e educação permanente consistentes e conectados com as necessidades dos profissionais, garantir salários adequados e condições de trabalho satisfatórias, para que se garanta a vinculação dos profissionais ao processo de trabalho.

#### 4.3.2 Gestão do Serviço e Integração ao Sistema

Dentro da lógica da construção de sistemas locais, o gestor tem a responsabilidade pela operacionalização e regulação do sistema. A normatização, pactuação e a articulação entre gestor, equipe gestora e unidades de serviços, são papéis fundamentais do gestor.

Uma das dificuldades relacionadas ao desenvolvimento da ESF em Londrina refere-se a gestão do sistema. Os médicos queixam-se da distância entre o discurso e a prática dos gestores e uma descontinuidade nas políticas de gestão, cada vez que muda o quadro político no município.

*[...] Porque veja bem, cada gestão que entra, mudam-se os atores e mudam-se os perfis, então Londrina teve oito anos de um mesmo gestor, com a mesma equipe, nós estávamos andando num trilho e aí troca-se o gestor e trocam-se os atores: agora eu quero mudar de trilho, eu quero mudar para isso, é assim que eu vou fazer. Mas estava assim, não mais eu gosto assim. Então, você perde um pouco o rumo. E essas mudanças que tem na cabeça de gestão quando troca e que não adianta isso não. é utopia você pensar que cada gestor que entra, vai manter o que o outro fez, é uma utopia, não adianta você acreditar nisso [...]* (Marina)

Percebem que falta apoio da gestão aos profissionais do PSF, que permanece valorizando o modelo do médico curativista, e não valoriza a figura do Médico de Família e Comunidade.

*Eu na verdade eu sei o que deveria ser feito, ou pelo menos o que a gente deveria iniciar, dentro de trabalhar especificamente o PSF, só que a falta de apoio da gestão, eu acho que é um empecilho muito grande. Porque nos ainda somos vistos como médicos generalistas curativos, exclusivamente, pelos olhos do gestor.* (Janaína)

*Eu não me sinto satisfeito por causa das dificuldades que são muito grandes e da falta de perspectiva de resolver essas dificuldades. Se eu tivesse pelo menos uma promessa falando: olha, você vai ter mais tempo, você vai ter mais gente você vai ter mais recursos, eu ficaria muito mais satisfeito, porque eu teria esperança de ter melhora. Mesmo em dez anos nunca fizeram nada e nunca houve uma tentativa de aumentar isso (recursos humanos), e não vejo, a curto e nem em longo prazo, perspectiva de mudança. Então a minha insatisfação é saber que poderia ser melhor e não é, e que não há assim uma perspectiva de melhorar essa situação. Até hoje eu não recebi nada sobre isso..* (Miguel)

Os médicos relataram diversos problemas relacionados à configuração do sistema de saúde em Londrina: os níveis terciário e secundário encaminhando e superlotando as Unidades básicas de saúde, transferindo o problema dos prontos socorros e hospitais para a atenção básica

*Então hospital terciário encaminha tudo pra UBS, hospital secundário encaminha tudo pra UBS e o pronto atendimento vai encaminhar tudo pra UBS só que chega na UBS não tem pra onde encaminhar*

*então pará tudo aqui com a gente! Então a perspectiva minha, na verdade, é que com o tempo todos aqueles pacientes que vão deixar de lotar os pronto socorros dos hospitais vão lotar a sala de espera da UBS e vai só transferir o problema de um lugar para o outro. Infelizmente! eu não sei se vai mudar pra melhor ou pra pior mais a minha perspectiva é de piorar. (Miguel)*

Os serviços de referência não reconhecem o papel das equipes, inexistente a contra-referência dos casos, e que os serviços atuam de forma desarticulada e isolada, gerando duplicidade de atendimento, replicação de exames, intervenções e internações desnecessárias, e principalmente pacientes desorientados.

*Acho que ainda falta integrar todos os serviços, nós estamos aqui na atenção primária, a gente encaminha o paciente para uma referência, mas nós não temos esse feedback, e muitas vezes a visão de que este especialista tem é muito específica, e o paciente ele volta para você para tentar entender o que o que é que o especialista quis, só que você não tem por outro lado nada do especialista para ajudar o paciente. Você não tem como. Falta essa questão de referência e da contra-referência. (Janaína)*

Outro problema crônico é o difícil acesso a algumas especialidades. Existem especialidades com oferta muito baixa, algumas com lista de espera de mais de um ano. A realização de exames especializados é outro problema devido a demora ocasionada pela baixa oferta, e ocorre que mesmo quando o paciente acessa o médico especialista, nem sempre estes são resolutivos:

*São algumas especialidades. Como a gente tem por hábito trabalhar com prevenção, e uma coisa que tem acontecido com muita, muita frequência é você encaminhar um paciente para o serviço de ortopedia com uma osteoartrose e com indicativo de uma fisioterapia ou uma hidroterapia, uma coisa assim (...) e eles encharcam o seu paciente e não resolvem o problema. É a não resolução do problema, e o paciente volta para você, resolveu o problema? Não, é outra consulta que você está perdendo. (Joana)*

Além disso, existe dificuldade na relação com os outros pontos do sistema e na relação interinstitucional

*O que dificulta? Bom, além da interação com outras secretarias, que já falei, SAMU, SIATE, hospital, quando a gente precisa de outro atendimento que transcende a UBS. (Luísa)*

Estes não são problemas específicos do município. Na pesquisa realizada em dez grandes centros em 2005, *“a insuficiente realização da contra-referência foi dificuldade reiterada pelos gestores municipais do Sistema de Saúde na maior parte dos municípios estudados, sendo que mais de 30% dos profissionais de nível superior das ESF informaram nunca receber qualquer tipo de contra-referência em Palmas (44%), Brasília (39%) e Aracaju (32%)”* (BRASIL, 2005).

Sobre o acesso a serviços e procedimentos especializados em 2008, outra pesquisa nacional (BRASIL, 2009) demonstrou uma redução dessa disponibilidade na grande maioria dos casos e estados apontando para o grau de dificuldade com o qual os profissionais se deparam para assegurar maior resolutividade à ESF

É um desafio para a ESF estabelecer a comunicação entre profissionais da Atenção Básica e especialistas, bem como os serviços de pronto-atendimento e emergência. Dependendo do ponto em que se encontra no sistema, o olhar é influenciado pela sua vivência e deve se considerar que são profissionais com experiências e formações distintas. Somente estratégias que promovam melhoria de comunicação e ampliação de confiança, permitirão que o especialista promova o retorno do paciente ao serviço de Atenção Básica.

A PNAB orienta o estabelecimento do fluxo dos usuários através de sistemas organizados de referência e contra-referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar, sem isto dificilmente se pode dizer que existe uma prática de atenção integral à saúde e limita o reconhecimento, por parte do usuário e da população, do papel integrador da ESF diante da rede de serviços.

Propõe ainda, que as equipes de SF tenham um papel integrador dos diversos pontos de assistência, compreendendo que é necessário que se tornem efetivamente a porta de entrada ou primeiro contato, que garantam a longitudinalidade e integralidade da atenção e que assumam a coordenação do fluxo dos usuários dentro da rede de serviços de saúde, atuando como elo de integração e comunicação. Para que isso aconteça é necessário equipes de SF capacitadas e comprometidas, mas também e tão importante quanto, é que exista uma rede estruturada com fluxos e percursos definidos e ordenados espacialmente de modo compatível com a demanda populacional de cada território. E, principalmente, que

se reconheça as equipes como responsáveis pela coordenação do cuidado. Isso é uma dificuldade relatada pelos médicos.

#### 4.3.3 Vivenciando as Possibilidades

Questionados sobre a satisfação em relação ao trabalho na ESF, os médicos referiram questões diversas, mas fica evidente que mesmo diante das dificuldades relatadas e das limitações, existe um grau de satisfação com o trabalho.

Como satisfação no trabalho optou-se pela definição de Harris (HARRIS apud MARTINEZ; PARAGUAY, 2003) que diz - “um sentimento experienciado pelo trabalhador em resposta à situação total do trabalho”. Neste sentido, este sentimento pode ser expresso pela opinião do indivíduo - o que ele pensa sobre o trabalho e a forma como ele se sente no trabalho.

A forma como se referem ao que os deixa satisfeitos no seu trabalho inclui a percepção de que o paciente está melhor, o aumento da resolutividade e o envolvimento com o trabalho. Associado ao sentimento de satisfação, os entrevistados expressam também, preocupação e tensão ocasionadas pelo envolvimento demandado pela criação de vínculos, pois comprometer-se gera responsabilidade:

*É gostoso, e ainda mais quando você vê que o paciente está indo bem. É ruim quando você perde. Você cria aquele vínculo e acaba sofrendo junto com a família, mas sofrendo até certo ponto, não muito. Mas eu não sei, eu não posso falar não, é que eu gosto muito! (Joana)*

*Eu tenho (satisfação). Eu sou feliz com o que eu faço, mais às vezes expõe a gente demais. (Marina)*

*É uma coisa muito gratificante, mas também muito estressante, porque você interage com a comunidade, mas você se estressa o tempo todo quando você não consegue resolver as coisas que você se propõe a resolver. (Luísa)*

Observando-se estas falas deve-se refletir sobre a participação dos médicos na ESF, reconhecer que o comprometimento que está presente, independente de todas as dificuldades relatadas anteriormente.



Há ainda demonstração de satisfação através da capacidade de resolução na atenção a pacientes e nas mudanças observadas na comunidade, que o profissional de alguma forma contribuiu para isso:

*E ver que a gente consegue fazer alguma coisa, consegue mudar algumas coisas, consegue encaminhar [...]. Ver que a gente contribuiu nessa melhoria. Um pouquinho do padrão que a gente pegou no início. Então um pouquinho melhorou. Não melhorou 100%, nem 60%, mas se tiver melhorado 40% em relação ao que era antes, eu já me sinto satisfeita por fazer parte desta mudança. (Luísa)*

*Resolutividade é você resolver o problema pelo qual a pessoa o procura. Se ele te procura porque ele tem uma hipertensão e você conseguir resolver a hipertensão dele, se ele te procura pelo diabetes e você conseguir controlar o diabetes dele e isso, acho que é limitado pela falta de recursos, mas eu consigo, eu e a equipe. (Pedro)*

Sentem-se satisfeitos com o reconhecimento da população, e este é um parâmetro para reconhecer os bons resultados:

*O reconhecimento da população. Isso é o que mais me deixa satisfeita. (risos). É, a população sempre agradece. Agradece pelas coisas que a gente fez, agradece pelo que a gente conseguiu. (...) A população, ela expressa isso lá, então isso para mim já é satisfatório (Luísa)*

*Eu acho que é a satisfação que eu consigo promover nos pacientes, e que apesar de toda dificuldade os pacientes gostam muito do trabalho que eu faço. (Pedro)*

Existe também um sentimento de pertencimento que gera satisfação, quando o local de trabalho se transforma, deixa de ser um espaço onde se produz ações, resultados e números, mas passa a adquirir significados e sentidos para o profissional, reintegrando a sua humanidade:

*Mas é a satisfação em você ver uma família conversar com você, uma família chorar para você. Ontem teve uma mãe que perdeu o bebê que veio adotado pelos meios errados, e aí a justiça tirou, e você até chora junto porque você vê tanto, você acompanha tanto... Eu já estou há quatorze anos aqui, então eu estou vendo filhos dos meus pacientes, acompanhando a segunda geração, então você lembra dos bebezinhos e que agora estão trazendo outros bebezinhos. (Marina)*

Quando questionados sobre **elementos que facilitam o trabalho no cotidiano**, as repostas trouxeram aspectos relacionados ao relacionamento com a equipe e a relação com o paciente e família, que são trazidos pelo trabalho na ESF. Marina reconhece que o relacionamento bom entre os médicos e o ambiente harmonioso como importantes para o trabalho.

*O ambiente harmonioso pra mim também é muito importante. Aqui eu vejo que entre médicos a gente se dá muito bem, não temos problemas, não brigamos e somos em quatro, de especialidades diferentes. (Marina)*

A apropriação do território permite conhecer os problemas que afligem aquela família, não somente os agravos, mas a estrutura familiar, as relações, formas de sustentabilidade, o que facilita na elaboração de estratégias de cuidado da família, e que se organizem ações de prevenção para o território.

*Eu acho que facilita no fato de eu conhecer a família daquela pessoa que esta doente. (...) o PSF me dá uma visão da família realmente, então se eu sei que aquela casa tem um problema não só de doença, mas social, de alguma forma aquilo ali pode nos orientar ou a gente pode tentar montar estratégias para mudar esse rumo. (Carolina)*

O apoio da equipe aparece também como um elemento facilitador, pela possibilidade de compartilhar ações de cuidado em relação ao paciente e sua família:

*O interesse que eles (equipe) têm de resolver a situação como um todo, eu acho que isso facilita bastante. A equipe da UBS também como um todo, mesmo os que não são do PSF, também procuram colaborar o máximo possível. Tudo o que você pede, ah...precisou ligar em algum lugar para saber como é que foi, se o paciente foi na consulta, se não foi (...) tudo isso facilita. Porque é um tempo que você não perde, porque se ninguém fizer é você que vai ter que fazer, então é um tempo a mais que você perde. E isso facilita bastante. (Luísa)*

#### 4.4 MÉDICO DE FAMÍLIA: SER E SIGNIFICADO

Esta categoria se propôs a discutir a resposta dos médicos a pergunta: qual o significado de ser Médico de Família? As repostas transitaram

entre a expectativa do que deveria ser, e o que tem sido possível realizar no dia a dia, como médico numa equipe de Saúde da Família. Então que médico é esse?

Para Joana, o clínico de antigamente resgatado pela ESF:

*(o PSF) Só veio trazer aquilo que eu sempre quis fazer, que é o voltar ao clínico de antigamente. O médico não era médico do paciente, ele era médico da família. (Joana)*

A revista da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), entidade de classe que representa e congrega os especialistas em Medicina de Família e Comunidade, traz um artigo que refere que *apesar de ter surgido como “o novo tipo de médico”, o Médico de Família continua sendo, antes de tudo, um clínico. Enquanto especialista em Atenção Primária, é figura central num sistema de saúde que pretende seguir o modelo de Atenção Primária à Saúde. (SANT’ANA, 2004, p. 24).*

Nas falas dos médicos observa-se a procura por esta prática. Ao mesmo tempo, em que convivem com as mudanças trazidas pela estratégia – responsabilização territorial, trabalho em equipe, clínica voltada para o paciente e para a família, etc., ao mesmo tempo, ressentem-se da falta de preparo, de apoio e reconhecimento do trabalho:

*Nos moldes atuais, o médico de família é um clínico para tocar a demanda. (Pedro)*

*Eu acho que o médico de família deveria ser um médico valorizado pelo gestor, pela comunidade e ele tinha que ser preparado para isso previamente e ele teria que pelo menos um perfil mínimo de que ele realmente quer fazer isso, que ele realmente quer desenvolver aquela atividade. (Janaína)*

Na fala de Carolina e Luísa está posto o reconhecimento dos diversos papéis e sua importância no seu lugar de atuação e expectativas em relação ao trabalho como médico de família:

*O médico de família para mim é um ser humano e que tenta prestar um atendimento é multidisciplinar a não só aquele paciente que está acamado ou que está com algum problema maior, mas sim, a estruturação da família dele. Então médico de família deveria ter esse contexto: ser um médico que a pessoa pode confiar que a pessoa vem procurar, que a pessoa sabe que pode contar. (Carolina)*

*Então, ser médico do PSF, não sei se todo lugar é assim, mas lá onde eu trabalho é ser mais que médico. E ter pelo menos mais dez profissões correlatas. Mas que, assim, é gratificante, mas ao mesmo tempo estressante. Porque te impõe uma carga muito grande. (Luísa)*

E por outro lado trazem o sofrimento trazido por lidar com situações para as quais não se está preparado, e sem compreender o contexto que o coloca nesta situação:

*Você vai, faz as visitas, continua atendendo aqueles pacientes, mas você se impõe um limite. Eu não posso me envolver tanto porque isso não vai ter uma solução, para que você sofra menos. Senão o que vai acontecer é que você vai surtar e porque não vai conseguir resolver aquilo ali. Se você surtar por causa de um, os outros quinhentos estão prejudicados, então você se impõe um limite. Então a partir de hoje, eu não vou fazer mais nada e a gente vai fazer o que é possível fazer, então assim... (Luísa)*

Sobre as repercussões no trabalho médico enquanto produção social, Schraiber (2008) refere que,

A conformação atual do ato médico é resultado da resposta encontrada pelos próprios médicos, para questões controversas internas: de um lado a necessidade social posta para o trabalho médico - a assistência a saúde -, ou sua contrapartida na finalidade do trabalho, por meio dos produtos que deve alcançar e, de outro, seu especialíssimo objeto de intervenção – o doente (p.211).

Ou seja, existe uma expectativa da sociedade que o médico responda tanto às necessidades individuais quanto as demandas sociais de saúde, recuperando indivíduos de acordo com os modos socialmente apropriados. Além da dimensão individual, estas respostas também devem se dar em escala social, que é medida em forma de produção e consumo de serviços.

Esta imposição de respostas às demandas sociais, mas sem que se haja clareza, de que outras questões se interpõem à obtenção de respostas efetivas e faz o médico se sentir impotente e incapaz de exercer a sua tarefa dentro da equipe:

*Mas eu acho que mesmo assim a demanda ainda é grande, se a gente for fazer isso, se for fazer tudo isso, pegar tudo que o PSF nos diz para ser feito, eu não sei como ficaria a população, sendo uma*

*população muito carente. E também se você quiser abranger tudo, acho que cinco médicos não dão conta daquilo ali (Luísa)*

Ainda, segundo Schraiber (2008, p.147), o médico precisa “compreender que ser médico, hoje, é depender de engrenagens tanto institucionais quanto mercantis” e essas contradições aparecem como limites impostos por questões que nem sempre ficam claras para os profissionais. Sabem que tem o conhecimento técnico e a capacidade técnica, mas que não se é suficiente para atender a necessidade percebida, ignorando as outras questões que estão subjacentes, então a frustração:

*E às vezes quando você não consegue resolver as coisas você se sente realmente muito mal, porque são coisas que você se propôs a fazer quando saiu da faculdade, mas que você não consegue fazer. Você esbarra com coisas que são maiores que o seu conhecimento. Coisas sociais, econômicas, entraves burocráticos, sociais e econômicos com os quais na faculdade, você nunca imaginou e que estão ali no seu dia-a-dia e que acabam travando o bom andamento das coisas, como você imaginaria que deveria ser. Algumas vezes ficam muito mal resolvidas até para mim. (Luísa)*

Mas apesar da frustração e de sentirem impotentes, existem expectativas sobre como deveria ser o trabalho do médico que atua na ESF. Citam várias facetas do trabalho do médico de família:

- O Médico de Família deve ter capacidade de ouvir e de ter empatia, envolvimento e dedicação para com o paciente.

*O médico da família tem que ter o perfil. Resumindo, o médico de família tem que ter o perfil para ouvir, para se colocar na posição do paciente, se projetar naquela situação que o paciente vem vivenciando e isso é uma coisa importante, porque só a gente vivenciando determinada situação ou pelo menos se colocando nessa posição, vai entender um pouquinho o que acontece com o paciente. (Carolina)*

- Deve trabalhar com o todo e não com fragmentos, trabalhar na perspectiva dos **ciclos de vida**, apoiando e atuando de forma preventiva para diminuir os agravos e situações que possam vir desestruturar a mesma posteriormente:

*Quando a família tem condições de estrutura, o PSF tem que atuar desde o começo da família, tentar fazer com que aquela criança que*

*nasceu de uma forma até indesejada, muitas vezes de uma adolescente, que aquela criança tem condições de crescer, de ter uma boa educação e respeitar a família dela e ter melhores condições de vida. (Carolina)*

- O Médico de família permite maior proximidade com o paciente, e retomar **vínculos de confiança** e passa a relaciona-se com o indivíduo e não com a doença:

*E os idosos para mim, [...] nessa questão você poder chegar lá e confortar e abraçar e tocar. Coisa que aqui às vezes você não faz na consulta. Fica meio distante, você examina você não abraça, você não toca, você não dá a mão, você não brinca muito. É outro tipo de relacionamento. (Marina)*

- Reconhece o **acolhimento**, como ação essencial para que o paciente possa reconhecer a Unidade básica de saúde como porta de entrada para o sistema, reconhecendo a importância do primeiro contato:

*O que eu quero reforçar: o acolhimento do paciente, da família do paciente na unidade de saúde. A unidade de saúde é o primeiro local que o paciente procura. É aqui que a gente tem que iniciar qualquer tratamento. Não é simplesmente o paciente chegar aqui e não ser avaliado corretamente e não ser atendido. O acolhimento do paciente eu acho que essencial, muito mais importante, até do que o medicamento. (Carolina)*

- Existe também reconhecimento da importância da equipe. Refere confiança em compartilhar o trabalho com a equipe

*...e eu acho que a gente nunca pode tirar a equipe [...] nós conseguimos tirar leite de pedra para poder dar um atendimento de qualidade, apesar de toda falta de estrutura física quanto humana. (Pedro)*

Sobre o papel do médico especialista da Atenção Primária, é importante retomar Starfield (2002, p. 136-137), como referência. A autora coloca que os interesses e habilidades envolvidas na prestação da atenção deveriam ser diferentes daqueles envolvidos na atenção especializada. Habilidades essas nem sempre reconhecidas e valorizadas pelos profissionais. Starfield ainda tece algumas considerações sobre médicos da Atenção Primária, abaixo descritas e relacionadas com os depoimentos dos médicos que traduzem atitudes diferenciadas na prática clínica:

1. Que esses profissionais devem tolerar a **ambigüidade**, porque muitos dos problemas acompanhados não terão diagnóstico decodificável dentro do padrão estabelecido;

*Muitas vezes a pessoa só vem aqui para ouvir e para ser ouvido...  
(Marina)*

2. Devem ser capazes de estabelecer relacionamentos com pacientes e lidar com problemas para os quais **não há nenhuma alteração biológica demonstrável**;

*Muitas vezes só com a conversa, com a orientação a gente tira o paciente daqui, a gente resolve uns 80% dos problemas do paciente porque muitas vezes a pessoa não vem aqui por causa de uma doença orgânica. Ela vem por causa de um problema é pessoal, familiar, e encontrando aqui na unidade, pessoas que a acolham, pessoas que a escutem, muitas vezes não precisa de muita coisa a mais, as vezes nem de medicamento algum. (Marina)*

3. Devem ser capazes de manejar vários problemas de uma vez, mesmo que os **problemas não estejam relacionados em etiologia e patogênese**;

*Então é aquilo que eu falei: se eu sei se eu faço visita na casa do Seu José e eu sei que a esposa dele trabalha fora e sei que o filho dele usa drogas, por exemplo. Então, eu já sei que a situação do Seu José, ela é um fator complicador [...] Eu acho que o PSF me dá uma visão da família realmente, então se eu sei que aquela casa tem um problema não só de doença, mas social, de alguma forma aquilo ali pode nos orientar ou a gente pode tentar montar estratégias para mudar esse rumo (Joana)*

4. Devem ser capazes de lidar com o fato de que os problemas mudam ao longo do tempo e novos problemas surgem;

*Problemas que às vezes, a gente achava que não ia resolver, pacientes que iam todo dia no posto, se queixando da mesma coisa, você vê o quanto você consegue mudar isso. A população de qualquer forma, mudou. A comunidade cresceu que a comunidade agora tem outros objetivos. (Luísa)*

Deixa evidente que ao mesmo tempo em que o progresso médico e as novas tecnologias oferecem um impulso para uma orientação especializada, ao mesmo tempo requerem habilidades generalistas bem avançadas.

Esta autora conclui após revisão de diversas pesquisas que a melhor atenção clínica para a APS deve ser feita por clínicos muito bem preparados e habilitados para esta prática. Afirma ainda que, os médicos de família são mais efetivos que especialistas, mas para manter esse papel precisam além de serem muito bem formados e capacitados, “devem ter capacidade de responder aos desafios impostos pela mudança no padrão das doenças e em utilizar novas tecnologias para prevenir, curar ou melhorar o cuidado a doença”. (STARFIELD, 2002, p. 137). Enfrentar o aumento da complexidade das doenças e de etiologia multifatorial, manifestações multissistêmicas pressupõe mudar a forma como o médico se relaciona com o paciente e com a comunidade.

É possível, portanto, reconhecer nas falas dos profissionais entrevistados muito das habilidades descritas por Starfield (2002), necessárias aos médicos, para uma atenção adequada na APS. Ser médico de família adquire um sentido muito peculiar na vida desses profissionais – tem o significado de compromisso, responsabilidade, de acolhimento, trabalho em equipe, aumento da resolutividade, estabelecer cuidado, parcerias e, sobretudo retomar vínculos de confiança com o paciente.



## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há muito expectativa em relação ao papel desempenhado pelo médico nas equipes de Saúde da Família. A sua participação tanto pode ser motivadora, quanto tornar-se o nó crítico que impede que se avance nas mudanças propostas. E a discussão deste nó, envolve diversos elementos, como foi apontado não só pelos profissionais entrevistados, mas como relatado na literatura sobre o trabalho e práticas profissionais do médico. Nenhum estudo ou pesquisa é capaz de gerar respostas prontas para os problemas, mas como dito no início deste trabalho, pode apontar pistas.

No âmbito geral proporcionar escuta ao profissional médico foi uma experiência bastante satisfatória e instigante. Lançar um olhar sobre o profissional médico “enquanto sujeito social e político e como sujeito privado em seus afetos, motivações e valores” (SHCHRAIBER, 2008), para compreender o fazer não somente enquanto execução de tarefas, mas o significado deste fazer e repercussões sobre a sua prática. Ouvir as experiências do médico em seu cotidiano de trabalho, suas angústias, percepções, permitiu refletir sobre alguns aspectos das práticas destes profissionais que permitem identificar o quanto de possibilidades e de limites tem sido impostos em decorrência da forma como os municípios têm conduzido o desenvolvimento da ESF no âmbito local.

Em relação à forma como os médicos foram inseridos na proposta revela um ponto importante à sua adesão – eles desejam conhecer com maior profundidade o processo em que estão inseridos e a ausência de espaços com o gestor e equipe gestora para discussão e reflexão acerca do projeto, sua estrutura, sua concepção, ajudaria a evitar as inquietações, inseguranças e dúvidas observadas pelos médicos.

Não somente o processo de inserção é um problema nessa fase inicial e mesmo um problema atual, mas principalmente o despreparo do profissional para exercer as atividades propostas. Nos documentos que orientam a política nacional, o curso introdutório aparece como um passo obrigatório na implantação das equipes. Este poderia se constituir num espaço para trabalhar estas questões e permitir que o profissional tenha uma inserção mais contextualizada na ESF. Metodologias ativas, espaço para discussão e possibilidade de organização de uma

agenda de forma mais pró-ativa podem se constituir em apropriação das principais ferramentas para o trabalho em SF.

Da mesma forma, a educação permanente, desde que devidamente instituída – compartilhamento de decisões, reorganização dos processos de trabalhos, instituição de uma agenda pró-ativa da equipe, entre outros, deve contribuir para aumentar a adesão dos profissionais e diminuir o sentimento de isolamento do nível local a que eles se referem. Infelizmente, no caso estudado, não há qualquer processo de “acolhimento” destes profissionais que permitam a consecução destas finalidades propostas pela ESF.

Ainda, neste tema, é importante ressaltar a importância da adequada formação e educação médica voltada às necessidades de saúde da população e do próprio SUS. Fica evidente que grande parte da insegurança, insatisfação e limites para o trabalho em saúde da família decorre da distância entre a formação e a realidade de trabalho dos médicos que atuam na ponta do sistema.

Em relação à prática cotidiana na ESF, estão relatadas as ações previstas dentro do que se espera de uma equipe: definição territorial, a atenção no domicílio, a atenção à demanda, o trabalho em equipe, que emergem nos depoimentos com mais frequência. Todavia, percebe-se insatisfação e ressalvas em relação à forma como a ação é desenvolvida. Fazem o que é possível dentro da estrutura, e este possível está gerando frustração, provavelmente pelo imprevisto com que a equipe e o médico estão lidando para atender as expectativas da população. É fala recorrente a insuficiência no processo de acompanhamento, apoio e continuidade no trabalho.

Mas, ao mesmo tempo em que se percebem as frustrações, encontra-se a satisfação profissional principalmente na relação com o paciente. Está ocorrendo novo aprendizado no olhar para o indivíduo como um todo e para além do indivíduo. Com isso restabelece-se o vínculo de confiança com o paciente, um resgate da sua finalidade enquanto profissional de saúde que é a do cuidado. Por outro lado, se não aprender a trabalhar em equipe, novamente o cuidado fica restrito e centrado na figura do médico como a única resposta para os problemas de saúde.

As ações que apresentam contradições são as mesmas identificadas como as que facilitam ou potencializam o trabalho na ESF: a apropriação do território, conhecer o contexto familiar, o trabalho em equipe, a integração multiprofissional. Ainda que não estejam no formato que desejam, são as ações que

fortalecem a proposta demonstrando que os pressupostos apresentados pela ESF e pela PNAB são potencialmente, disparadores de mudanças.

Entre os problemas listados, estão a gestão do programa, a gestão do trabalho e a inserção da ESF na rede de serviços. Foram citados problemas que não são exclusivos de Londrina, mas são problemas que acometem outros locais: a demanda espontânea ditando as ações da equipe, o acompanhamento domiciliar que se transformou na visita aos acamados, rotatividade de recursos humanos, descontinuidade nas políticas de gestão, a falta de um sistema de referência e contra-referência, o estrangulamento das especialidades, a falta de integração entre os níveis de atenção.

Parte destas questões tende a melhorar ao longo tempo, com a proposta de organização das Redes de Atenção em Saúde. Esta proposta vem sendo amplamente discutida pelos gestores do SUS e, com ela, o papel da rede básica, da APS e da ESF na articulação dos pontos de cuidado.

Pode-se observar, portanto, que destarte os avanços apresentados pela ESF, o processo de trabalho apresenta lacunas que atuam diretamente na sua dinâmica, interferindo diretamente na resolutividade do modelo, e impactando na atuação do profissional médico.

Como existem poucos estudos sobre o trabalho do médico, especificamente na estratégia Saúde da Família, espera-se ter produzido conhecimento prático que possa contribuir para o cotidiano das equipes, como também elementos de análise para que as equipes gestoras visualizem potencialidades e restrições da proposta.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de Almeida; MISHIMA, Silvana Martins. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, n. 9 p. 150-153, ago. 2001.
- ALVARENGA, Luiza Maria de Castro Augusto; MARTINS, Cleide Lavieri. De que território os médicos do Programa de Saúde da Família estão falando? **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Florianópolis, v. 5, n. 17, p. 16-23, jan./dez. 2010.
- AROUCA Antonio Sergio Silva. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.
- ANDERSON, Maria Inez Padula; GUSSO, Gustavo; CASTRO FILHO, Eno Dias de. Medicina de Família e Comunidade: especialistas em integralidade. **Revista APS - Atenção Primária a Saúde**. Juiz de Fora (MG), v.8, n.1, p. 61-67, jan./jun. 2005
- BARCELLOS Christovam; PEREIRA, Martha Priscila Bezerra. O território no programa saúde da família. **HYGEIA, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**. Uberlândia (MG), n. 2, p. 47-55, jun. 2006.
- BARBOSA et alli. **Saúde da Família no Brasil: Situação Atual e Perspectivas - Estudo Amostral 2008/Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil – Monitoramento da Implantação das Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal**. Belo Horizonte: FACE/UFMG e MS/DAB, 2009.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 1979. 223 p.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS**, vol. 8 – Brasília: CONASS, 2007. 232 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Consolidado Histórico de Cobertura da Saúde Família**. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php#numeros>>. Acesso em: 10 abr. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados** / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz; [elaborado por Sarah Escorel (Coord.); Lígia Giovanella; Maria Helena Mendonça; Rosana Magalhães; Mônica de Castro Maia Senna]. – 2. Ed. atual. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. **Série Pactos pela Saúde 2006**, v. 4 – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, Nº 18, 25 de janeiro de 2008. Disponível em <[http://www.conasems.org.br/files/DO1\\_2008\\_01\\_25.pdf](http://www.conasems.org.br/files/DO1_2008_01_25.pdf) >

CAMPOS, Claudia Valentina de Arruda; MALIK, Ana Maria. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. **Revista de Administração Pública – FGV**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 347-368, mar./abr. 2008.

CAMPOS, Francisco Eduardo de; BELISÁRIO, Soraya Almeida. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.9, p. 133 – 142, ago. 2001.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec; 2003.

CHORNY, Adolfo. Gerencia estratégica de servicios de salud. Curso sobre Gerencia Estrategica de Servicios de Salud. **Instituto de La Salud Juan Lazarte**. Rosário: Argentina, 1996.

FALK, João Werner. **O Título de especialista em medicina de família e comunidade**. Disponível em < [http://www.sbmfc.org.br/default.asp?site\\_Acao=MostraPagina&paginaId=14](http://www.sbmfc.org.br/default.asp?site_Acao=MostraPagina&paginaId=14) > Acesso em: 20 fev. 2011.

FOUCALT Michel. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994.

FRANCO, Túlio Batista; MAGALHÃES JUNIOR, Helvécio Miranda. Integralidade na Assistência à Saúde: a organização das linhas do cuidado. Merhy et al. (Org) In: **O trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, 2003.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias, Produção Imaginária da Demanda in: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. (Org.) **Construção social da demanda**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2005.

GIACOMOZZI, Clélia Mozara; LACERDA, Maria Ribeiro. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, n. 4, p. 645-653, dez. 2006

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GIL, Célia Regina Rodrigues. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 2, abr. 2005.

GIL, Célia Regina Rodrigues. **Práticas profissionais em Saúde da Família: expressões de um cotidiano em construção**. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

IBGE. **Censo Demográfico 2000 – Estimativa 2007 - Resultados do universo**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 10 abr. 2010.

LONDRINA. Prefeitura do Município. Secretaria Municipal de Saúde. **Programa Saúde da Família – projeto de implantação/ agosto de 2001**. Prefeitura do Município. Secretaria Municipal de Saúde; Londrina, PR: mimeo, 2001.

LONDRINA. Prefeitura do Município. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde 2006-2007**. Prefeitura do Município. Secretaria Municipal de Saúde; organização Margaret Shimiti-- Londrina, PR: [s.n], 2007a.

LONDRINA. Prefeitura do Município. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão de saúde 2006**. Prefeitura do Município. Secretaria Municipal de Saúde; organização Margaret Shimiti-- Londrina, PR: [s.n], 2007b.

LONDRINA. Prefeitura do Município. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde 2010-2013**. Prefeitura do Município. Secretaria Municipal de Saúde -- Londrina, PR: [s.n], 2010 a.

LONDRINA. Prefeitura do Município. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão de saúde 2009**. Prefeitura do Município. Secretaria Municipal de Saúde; organização Margaret Shimiti-- Londrina, PR: [s.n], 2010b.

LONDRINA. Prefeitura Municipal. **Projeto municipal de expansão da saúde da família: PROESF**. Londrina, 2003a. Mimeo.

LONDRINA. Prefeitura do Município. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão de saúde 2002**. Prefeitura do Município. Secretaria Municipal de Saúde; organização Margaret Shimiti-- Londrina, PR: [s.n], 2003b.

LONDRINA. Prefeitura do Município. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão de saúde 2003**. Prefeitura do Município. Secretaria Municipal de Saúde; organização Margaret Shimiti-- Londrina, PR: [s.n], 2004.

LONDRINA. Prefeitura do Município. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão de saúde 2004**. Prefeitura do Município. Secretaria Municipal de Saúde; organização Margaret Shimiti-- Londrina, PR: [s.n], 2005.

LONDRINA. Prefeitura do Município. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão de saúde 2005**. Prefeitura do Município. Secretaria Municipal de Saúde; organização Margaret Shimiti-- Londrina, PR: [s.n], 2006.

LONDRINA. Prefeitura do Município. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão de saúde 2007**. Prefeitura do Município. Secretaria Municipal de Saúde; organização Margaret Shimiti-- Londrina, PR: [s.n], 2008.

LONDRINA. Prefeitura do Município. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão de saúde 2009**. Prefeitura do Município. Secretaria Municipal de Saúde; organização Margaret Shimiti-- Londrina, PR: [s.n], 2009.

MACIEL FILHO, Rômulo e PIERANTONI, Célia Regina O médico e o mercado de trabalho em saúde no Brasil: revendo conceitos e mudanças. In: BARROS, André Falcão do Rego (Org.) et al. **Observatório de Recursos Humanos em saúde no Brasil: estudos e análise**. v. 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p.139-162.

MACHADO, Maria Helena. Trabalhadores de saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária. In: **Cadernos de Recursos de Recursos Humanos em Saúde**. v.3, n. 1. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

MARTINEZ, Maria Carmen; PARAGUAY, Ana Isabel Bruzzi Bezerra. Satisfação e saúde no trabalho – aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**. São Paulo (SP), v. 6, p. 59-78, 2003.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. Programa Saúde da Família: somos contra ou a favor? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.26, n.60, p.118-122, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11 ed. São Paulo: HUCITEC, 2008.

NOGUEIRA, Roberto Passos. **Do físico ao médico moderno: a formação social da prática médica**. São Paulo: Editora UNESP, 2007.

PAIM, Jairnilson Silva, Saúde da Família: espaço de reflexão e de contra-hegemonia. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, ago. 2001. p.143-146.

PAIM, Jairnilson Silva. Uma análise sobre o processo da reforma Sanitária Brasileira. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.33, n.81, p. 27-37, jan./abr. 2009.

PAIM, Jairnilson Silva. **Recursos humanos em saúde no Brasil**: problemas crônicos e desafios agudos. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública: USP, 1994.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, p.103-109, 2001.

QUINTANA, Pedro Brito; ROSCHKE Maria Alice; RIBEIRO Eliana Claudia de Otero. Educacion permanente, proceso de trabajo y calidad de servicio em salud. In: HADDAD, J; ROSCHKE, Maria Alice; DAVINI, MC (Org.) **Educacion permanente de personal de salud**. Washington, D.C.: OPS, 1994. (Série Desarrollo Recursos Humanos, n.100).

ROCHA, Juan S. Yazlle. Trabalho médico e gestão de Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 6, p. 124-126, 2000.

SANT'ANA, Ana Maria. A Propósito da Medicina de Família. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Florianópolis, v.1, n.1, p. 24-28, 2004.

SANTOS, Nelson Rodrigues. Formação ético-humanista do médico e a construção de serviços de saúde humanizados: coincidência ou coerência? In: ARRUDA, Bertoldo Kruse Grande de (Org.) **A educação profissional em saúde e a realidade social**. Recife: IMIP, 2001. (Série: Publicações Científicas do Instituto Materno-Infantil de Pernambuco)

SANTOS, Nelson Rodrigues. A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: tendências e desafios após 20 anos. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.33, n.81, p. 13-26, jan./abr. 2009.

SCHRAIBER, Lilia Blima. **O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild Editores, HUCITEC, 2008.

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

SILVA, Silvio Fernandes. Sistema Único de Saúde 20 anos: avanços e dilemas de um processo em construção. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 38-46, jan./ abr. 2009.

SOUZA, Alina Maria de Almeida; GALVÃO, Ena de Araújo; SANTOS, Izabel dos; ROSCHKE Maria Alice. **Processo Educativo nos Serviços de Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde-Representação do Brasil, Oficina Regional da Organização Mundial da Saúde, 1991. (Série Desenvolvimento de Recursos Humanos, n. 1)

TAKAHASHI, Renata Ferreira; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. A visita domiciliária no contexto da saúde da família. In: IDS; USP; MS. (Org.). **Manual de Enfermagem. Programa de Saúde da Família**. Brasília: MS, 2001. p. 43-46.



## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista

**Fonte: Profissionais médicos da equipe de saúde da família Londrina**

### Identificação:

Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 2010

Nome (iniciais): \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Local de Trabalho: \_\_\_\_\_

Especialidade ou Pós graduação: \_\_\_\_\_

Tempo de formado \_\_\_\_\_

Tempo de atuação no PSF \_\_\_\_\_

### Questões Norteadoras:

1. Conta um pouco como foi seu ingresso da secretaria de saúde.
2. Como você chegou a ser médico da Saúde da Família?
3. Fale sobre o seu trabalho cotidiano na estratégia Saúde da Família.
  - Que ações desenvolve atualmente?
  - O que você faz de diferente do que fazia antes de ser médico da Saúde da Família?
4. Você conhece o território da sua equipe?
5. O que te deixa mais satisfeito no seu dia a dia de trabalho? E o que te deixa mais insatisfeito?
6. O que facilita seu trabalho como médico de Saúde da Família? E o que dificulta?
7. Resumindo: o que é ser médico de Saúde da Família para você.

## APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Venho por meio deste, convidá-lo (a) a participar de uma pesquisa científica que será realizada para a dissertação do meu trabalho de conclusão do Mestrado profissional em Gestão de Serviços de Saúde/ CCS/ UEL, com o título “**O médico na equipe saúde da família: limites e possibilidade de novas práticas**”. Nesta pesquisa tenho como objetivo de compreender a prática do médico na proposta da saúde da família, identificando como ocorreu a sua inserção nas equipes, quais ações desenvolvidas, as potencialidades e limitações do processo.

Com este trabalho busco elementos que possam dar significado ao trabalho desenvolvido por este profissional no cotidiano das equipes de saúde da Família, contribuindo desta forma na consolidação desta proposta no município.

Gostaria de contar com a sua participação, esclarecendo que esta participação é voluntária, se você não quiser participar isso não implicará em prejuízos financeiros ou assistenciais para você ou qualquer pessoa próxima. Para participar desta pesquisa não haverá nenhum custo para você ou para o serviço de saúde. Uma vez participante do presente estudo você tem todo o direito de desistir em qualquer momento.

É importante estar ciente de que a pesquisa será feita por meio de entrevistas gravadas e anotações, sendo garantido o anonimato e o sigilo. E que em momento algum seu nome aparecerá na redação do trabalho. Os dados serão gravados e transcritos e após sua utilização serão destruídos. Comprometo-me a dar retorno dos dados

Esta pesquisa foi apresentada ao Comitê de Ética e Pesquisa da UEL e aprovado em todas as instancias da Universidade e pela Secretaria de Saúde de Londrina. Em caso de dúvidas, estas poderão ser esclarecidas com a pesquisadora e/ou orientadora abaixo identificadas, ou com o Comitê de Ética e Pesquisa da UEL, pelo telefone 3371-2490, às quintas-feiras durante o período da manhã,

\_\_\_\_\_  
 Pesquisadora: Marilda Kohatsu  
 E-mail: [mkohatsu9@hotmail.com](mailto:mkohatsu9@hotmail.com)  
 Fone: 43 9992 6838 ou 43 3304 1127

\_\_\_\_\_  
 Orientadora: Célia Regina Rodrigues Gil  
 E-mail: [reginagil@uol.com.br](mailto:reginagil@uol.com.br)  
 Fone: 43 3371 2398

### Aceite:

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, aceito participar da presente pesquisa e afirmo que fui esclarecido (a) sobre os motivos da realização deste trabalho, os riscos aos quais estou submetido (a) e tenho ciência de que minha participação é voluntária.

\_\_\_\_\_  
 Assinatura do participante

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Assinatura da pesquisadora

## **ANEXOS**

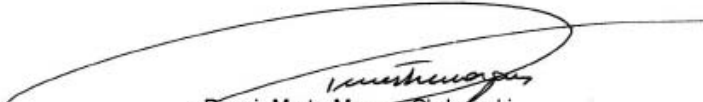
**ANEXO A – Autorização do Município para a Realização da Pesquisa****PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA**  
**AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**ESTADO DO PARANÁ**

C.P./038/09/GES

Informamos que para fins de realização da pesquisa:

**“O MÉDICO NA EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA EM LONDRINA: LIMITES E POSSIBILIDADES”**, na Autarquia Municipal de Saúde da Prefeitura de Londrina pela aluna Marilda Kohatsu do Programa de Pós Graduação stricto sensu em Gestão de Serviços de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre. Será orientada pela Prof<sup>a</sup> Dra. Célia Regina Rodrigues Gil da mesma Universidade; e que por tratar-se de pesquisa com seres humanos, deverá seguir as orientações da Res. CNS 196/96. Desta forma, sua execução nesta Autarquia será autorizada **somente** após a apresentação do parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa nesta gerência, e planejamento prévio com a unidade de serviço envolvida.

Londrina, 28 de maio de 2009.



Rosaria Mestre Marques Okabayashi  
Coord. de Educação Permanente/ Estágio/  
Pesquisa da Gerência de Educação em Saúde  
DGTES/AMSPML

## ANEXO B – Folha de Rosto para a Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – SISNEP

Planos de Saúde - Servidor

[http://portal.saude.gov.br/sisnep/folha\\_rosto.cfm?vcod=265132](http://portal.saude.gov.br/sisnep/folha_rosto.cfm?vcod=265132)

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Conselho Nacional de Saúde  
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS				FR - 265132	
Projeto de Pesquisa O MEDICO NA EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA EM LONDRINA: LIMITES E POSSIBILIDADES.					
Área de Conhecimento 4.00 - Ciências da Saúde - 4.06 - Saúde Coletiva - Nenhum				Grupo Grupo II	Nível Não se aplica
Área(s) Temática(s) Especial(is)				Fase Não se Aplica	
Intervenção atenção básica, saúde da família; recursos humanos, trabalho médico, trabalho em equipe					
Sujeitos na Pesquisa					
Nº de Sujeitos no Centro 90	Total Brasil 90	Nº de Sujeitos Total 90	Grupos Especiais		
Placebo NÃO	Medicamentos HIV/ AIDS NÃO	Wash-out NÃO	Sem Tratamento Específico NÃO	Banco de Materiais Biológicos NÃO	
Pesquisador Responsável					
Pesquisador Responsável Marilda Kohatsu			CPF 525.906.301-00	Identidade 257097/MS	
Área de Especialização MEDICINA FAMILIA E COMUNIDADE			Maior Titulação ESPECIALISTA	Nacionalidade BRASILEIRA	
Endereço RUA ANTONIO PICCHIO, 155 APTO 301			Bairro GLEBA PALHANO	Cidade LONDRINA - PR	
Código Postal 86050-482	Telefone ☎ - (43... / ☎ - (43...		Fax	Email michatsub@hotmail.com	
Termo de Compromisso					
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não.					
Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima.					
Data: ____/____/____			Assinatura		
Instituição Onde Será Realizado					
Nome Prefeitura do Município de Londrina - PR		CNPJ 75.771.477/0001-70	Nacional/Internacional Nacional		
Unidade/Órgão Autoridade Municipal de Saúde de Londrina/ Unidade de Saúde		Participação Estrangeira NÃO	Projeto Multicêntrico NÃO		
Endereço Av. Duque de Caxias, 835		Bairro JO Mazzei	Cidade Londrina - PR		
Código Postal 86015-901	Telefone 043- 33724000	Fax 43- 33724088	Email		
Termo de Compromisso					
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.					
Nome: _____			Assinatura		
Data: ____/____/____					
Vinculada					
Nome Universidade Estadual de Londrina e Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná - UEL		CNPJ 78.840.489/0001-53	Nacional/Internacional Nacional		
Unidade/Órgão CCS/NESCO/Mestrado Profissional Gestão de Serviços de Saúde		Participação Estrangeira NÃO	Projeto Multicêntrico NÃO		
Endereço Rodovia Celso Garcia Cid		Bairro BR 445 Km 380	Cidade Londrina - PR		
Código Postal 86051-990	Telefone ☎ - 43-3371-4000	Fax 43-33284440	Email www.uel.br		
Termo de Compromisso					
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares					
Nome: _____			Assinatura		
Data: ____/____/____					

  
Prof. Luiz Cordani Junior  
Coord. do Curso de Mestrado Profissional  
em Gestão de Serviços de Saúde/CCS/UEL