

MÉDICOS EM SAÚDE DA FAMÍLIA NA CIDADE DE SÃO PAULO

Dr. Paulo Henrique D'Angelo Seixas¹

INTRODUÇÃO

Este relatório tem como propósito apresentar uma descrição dos dados coletados junto aos médicos atuando no PSF no município de São Paulo em dois períodos distintos: primeiramente será apresentada a descrição do material coletado no ano de 1999, que traçou o perfil do conjunto de profissionais vinculados ao Programa QUALIS (Qualidade Integral em Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo) no município de São Paulo e entrevistou 9 médicos das diferentes regiões da cidade (norte, leste e sudeste) onde atuavam os parceiros da SES naquele momento (Casa de Saúde Santa Marcelina e Fundação Zerbini); em seguida será apresentado outro levantamento, de 2004, realizado junto aos trabalhadores do Programa de Saúde da Família (Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo), que traçou novamente o perfil destes profissionais e levantou informações sobre a percepção e os sentidos atribuídos pelos médicos ao trabalho em atenção básica dentro da estratégia de saúde da família.

Os instrumentos de entrevista, de forma geral, foram estruturados com roteiros de perguntas que procuraram levantar informações sobre os seguintes elementos que levassem ao entendimento das percepções e concepções dos trabalhadores: objetivos a serem atingidos pela estratégia de saúde da família; trabalho em equipe e atribuições dos componentes da equipe; motivos/razões para trabalhar no QUALIS e no PSF; capacitação para o trabalho; condições de trabalho percebidas; dificuldades encontradas no trabalho; e, satisfação da população quanto ao programa.

Na primeira pesquisa (QUALIS, 1999), os entrevistados responderam a um roteiro semi-estruturado de perguntas e as informações foram gravadas em fita magnética, tendo sido posteriormente submetidas à transcrição. Já na pesquisa realizada junto aos médicos do PSF, o instrumento de coleta de dados estava composto pelas seguintes técnicas: um questionário com perguntas objetivas sobre informações sócio-demográficas, uma escala de satisfação sobre determinados itens relacionados ao trabalho e um questionário com um conjunto de nove perguntas abertas que versavam sobre condições de trabalho e perspectivas futuras em relação ao trabalho.

¹ Coordenador de DRH da SES/SP e docente da FCMSCSP.

Apesar da diferença nas técnicas empregadas, as informações coletadas permitiram apreender o perfil profissional dos médicos nas equipes de saúde da família, bem como seus anseios, expectativas, dificuldades e visão do futuro em relação ao seu trabalho, permitindo identificar, como o devido cuidado metodológico, as transformações ocorridas ao longo deste período e como consequência, como evoluíram as questões para as políticas públicas na implantação desta estratégia no município de São Paulo na última década.

Em ambos os estudos a questão/ motivação inicial ao trabalhar com os médicos de família foi o de conhecer quem eram estes profissionais que se dispunham a vir trabalhar em um projeto com uma proposta tão diferenciada em relação às práticas vigentes, tanto em relação àquelas desenvolvidas no setor privado, como às já tradicionalmente desenvolvidas na própria atenção básica no setor público, tendo em vista as seguintes proposições do PSF para o médico de família:

- no plano individual - reintegração da prática clínica, perda da proteção institucional, recuperação do vínculo com a clientela e das dimensões psico-afetiva e social da prática;
- no plano coletivo - objeto de ação sobre a comunidade e sobre a família, incorporação da epidemiologia e do planejamento, normatização de práticas;
- no plano institucional de trabalho - a ação conjunta com outros agentes, a dimensão do trabalho em equipe, a autonomia reconstruída e remediada.

Assim, identificava-se a necessidade de um rearranjo de práticas, rearranjo de objetos de trabalho, incorporação de novos conhecimentos, atitudes e habilidades. A partir do profissional que se tem hoje.

Esta reorganização do trabalho se desenvolve de diferentes formas: trabalho em tempo integral, delimitação da área de atuação e adscrição de clientela, cadastramento das famílias e utilização de um sistema de informações previamente estruturado, dirigido ao diagnóstico de saúde desta população, a ao acompanhamento regular de suas atividades da equipe, incorporação na equipe de vários agentes da comunidade, redução das intermediações entre médico e comunidade atendida pela simplificação radical da equipe assistencial.

Entendendo-se que o trabalho realizado pelos diferentes agentes depende tanto das competências profissionais definidas e fomentadas, como de suas características socioculturais prévias, essas também se traduzindo em concepções e representações referentes ao próprio trabalho, é importante a obtenção de dados diretos capazes de viabilizar a compreensão dessas dimensões. Assim, ainda que muito provavelmente tais questões não estivessem colocadas desta forma na mente e nos corações daqueles médicos quando vieram trabalhar no QUALIS, conhecer qual seu perfil sócio-demográfico e profissional, suas experiências anteriores, origem, formações, e principalmente, expectativas e representações sobre esta nova prática, bem como sobre as formas relatadas de organizar seu trabalho para fazer frente àqueles desafios, seriam aspectos fundamentais para criticar e orientar as políticas públicas de implantação desta proposta de reorganização da atenção básica no país em particular em grande centros urbanos, para além do discurso ideal frequentemente apresentados pelos gestores.

O estudo QUALIS compreendeu a utilização de dois momentos – um dirigido a traçar o perfil dos médicos de família em atividade em 1999, pareando-os depois com os dados referentes a pesquisa Perfil dos Médicos no Brasil, realizada pelo MS/ENSP/FIOCRUZ para o município de São Paulo em 1995.

Um segundo momento foi a realização de uma entrevista com 9 médicos de diferentes equipes escolhidas, atuando em cada uma das regiões em que estavam presentes os parceiros da SES na condução do programa – Fundação Zerbini e Casa de Saúde Santa Marcelina.

1.1 - O PERFIL DOS MÉDICOS DO QUALIS - 1999

Nesta etapa do trabalho, estaremos apresentando os resultados referentes ao perfil identificado dos médicos de família em atividade até Julho de 1999, em ambas as parcerias existentes com a Secretaria Estadual de Saúde, para o gerenciamento dos Programas QUALIS. Assim, os dados apresentam o perfil dos profissionais do QUALIS Santa Marcelina do QUALIS Zerbini separadamente.

Metodologia

As informações foram colhidas tomando-se por base os currículos apresentados para o processo seletivo dos profissionais. Tal procedimento tornou o processo um pouco mais demorado do que o previsto inicialmente, na medida em que parte destes currículos não estavam disponíveis e tiveram que ser solicitados aos próprios profissionais. Algumas informações foram colhidas da ficha cadastral do profissional no órgão de recursos humanos da instituição, quando não havia a disponibilidade do currículo.

Foram considerados os médicos de família em atividade no QUALIS; tempo de trabalho no QUALIS; sexo, idade, estado civil, local de nascimento, região e escola de graduação médica, especialidade médica, tipo de especialização e experiência profissional (anos de formado).

Paralelamente, estes dados foram organizados de forma a permitir a comparação com os dados referentes a uma recente pesquisa realizada nacionalmente pelo Ministério da Saúde, Conselho Federal de Medicina, Associação Médica Brasileira e Fundação Oswaldo Cruz, que resultou no Perfil dos Médicos no Brasil. Os dados foram então comparados com o perfil dos médicos encontrado na época – 1995, no município de São Paulo.

Resultados

Dos 162 médicos que estavam, ou já haviam trabalhado no Programa QUALIS foram analisados os dados referentes a 73 (94%) dos 77 médicos de família em atividade em Julho de 1999.

Um primeiro dado que se pode observar é que o tempo médio de permanência dos profissionais em atividade é igual no QUALIS Santa Marcelina e no QUALIS Zerbini, mas o tempo de trabalho daqueles que foram desligados é maior no QUALIS Santa Marcelina., o que poderia sugerir uma rotatividade maior no QUALIS Zerbini. Esta observação entretanto não pode ser realizada na medida em que o tempo de contratação das equipes é diferente para os dois projetos, e portanto a rotatividade só poderia ser analisada, tomando-se cada posto de trabalho, ou Unidade de Saúde da Família individualmente. Isto não foi realizado em função dificuldades para a obtenção das informações.

Em termos de distribuição por sexo, a participação tende a ser equivalente, indicando uma identificação com a proposta não diferenciada em termos de gênero. Por outro lado, comparado-se com o total dos médicos em atividade na capital, a participação feminina é evidentemente superior – 50% no QUALIS e 35% na capital. No nosso entender, isto reflete, principalmente, o processo de feminização da profissão como um todo, em anos recentes, na medida em que a faixa etária dos participantes do projeto se concentra em indivíduos mais jovens.

No que diz respeito à faixa etária, cerca de 70% dos médicos do QUALIS tem até 39 anos, com uma forte concentração na faixa de 30 a 34 anos. É uma população consideravelmente mais jovem que a dos médicos em atividade na capital – 52% tem até 39 anos. Entretanto, o que se observa não é uma concentração dos profissionais do QUALIS no início de carreira, mas tratam-se de profissionais jovens, porém com alguma experiência profissional prévia. Isto pode ser confirmado também pela análise do tempo de formado dos participantes. No QUALIS, cerca de 75% dos profissionais tem de 5 a 24 anos de formado, o que é exatamente igual a concentração nesta faixa do conjunto dos profissionais da capital. Entretanto, para o conjunto do QUALIS, a participação de profissionais com faixas etárias mais avançadas (acima de 40 anos) ou maior tempo de profissão (acima de 25 anos de formado), é significativamente menor que na capital (cerca de 30% e 7%, respectivamente, no QUALIS, contra 48% e 19% na capital).

O que pode significar que, ainda que o QUALIS possa estar se apresentando como um opção profissional para início de carreira de alguns segmentos médicos recém-formados (até 4 anos de formados - 20% dos profissionais do QUALIS, contra 9% na capital), esta não tem sido a regra para a incorporação dos profissionais, na medida em que uma certa experiência crítica sobre a prática e eventualmente uma certa qualificação profissional podem ser desejáveis. Ao mesmo tempo, parece evidente, que o QUALIS, dado o envolvimento que exige por parte dos profissionais, ou a faixa de remuneração oferecida, não tem sido capaz de atrair aqueles com maior tempo de profissão, ou eventualmente já aposentados, com maior disponibilidade de tempo, conforme previam algumas expectativas iniciais.

Por outro lado, o QUALIS tem, frente à origem dos profissionais e ao seu local de graduação, uma composição menos concentrada, em termos de participação percentual, que a do conjunto dos profissionais que atuam na capital. Assim, enquanto 45% dos profissionais que atuam na capital são formados pelas Faculdades de

Medicina existentes na Grande São Paulo (USP, Unifesp, Santa Casa, Unisa, Mogi e ABC), no QUALIS este percentual é de 20%. Ao mesmo tempo, o QUALIS Zerbini parece ter uma capacidade de atração maior de profissionais provenientes do interior do Estado de São Paulo e Rio de Janeiro, enquanto o QUALIS Santa Marcelina tem uma composição maior de profissionais de outros estados.

Isto pode ser em parte explicado pelo processo diferenciado de incorporação dos profissionais ao longo do tempo. O QUALIS Santa Marcelina iniciou suas atividades em 1995, e realizou sua expansão de modo mais gradual. Assim, parte dos profissionais podem ter sido atraídos de outras experiências em curso no país, na medida em que o estado de São Paulo contava com poucas equipes de PSF na época. Já o QUALIS Zerbini teve um processo de expansão e captação de profissionais mais rápido, e mais centrado em uma oferta de serviços na própria capital.

Finalmente, quanto a qualificação profissional. na capital 39% dos médicos referem ter realizado curso de especialização e 86% referem possuir residência médica. Este percentual atinge cerca de 30% com especialização e 45% com residência nos QUALIS. Aqui vale uma observação metodológica. Os dados da capital foram obtidos mediante questionários respondidos voluntariamente pelo correio, sem solicitação de comprovação.

Os dados dos QUALIS foram obtidos mediante observação direta dos currículos e da documentação apresentada pelos aprovados. Isto poderia enviesar as informações referentes ao estudo realizado para a capital, em termos comparativos. Entretanto, ainda que uma especialização não muito intensa seja desejável para a prática – o que se reflete também no campo de prática que os profissionais referiam ter: cerca de 70% dos médicos do QUALIS eram, antes de entrar no projeto, Clínicos Gerais - isto pode refletir, eventualmente, numa menor qualificação profissional. Daí portanto o papel fundamental de uma estrutura de educação permanente para apoiar o desenvolvimento do projeto ao longo tempo, quer para o desenvolvimento de novas habilidades e atitudes, relacionadas ao contato com a comunidade e com as famílias, quer para a atualização dos conhecimentos clínicos adquiridos durante a graduação.

Tabela 3 - Características Pessoais e Profissionais dos Médicos de Família em Atuação no PSF/1999, e sua Comparação com os Dados dos Médicos de São Paulo - Capital/1995.

Distribuição dos Médicos por Sexo						
	ZERB.	%	S. MARC	%	CAPITAL	%
Masculino	15	45%	21	53%	19618	65%
Feminino	18	55%	19	47%	10367	35%
Total	33	100%	40	100%	29985	100%
Estado Civil (não há dados disponíveis para a Capital)						
Solteiro	15	45%	18	67%	*****	*****
Casado	14	42%	8	30%	*****	*****
Divorciado	4	12%	1	3%	*****	*****
Total	33	100%	27	100%	*****	*****
Estado ou Região de Nascimento						
São Paulo	22	67%	16	40%	22681	76%
Sudeste - exceto SP	8	24%	6	15%	2677	9%
Outras Regiões	3	9%	8	20%	3585	12%
Outros Países	0	0%	2	5%	690	2%
Ignorado	0	0%	8	20%	352	1%
Total	33	100%	40	100%	29985	100%
Experiência Profissional (anos de graduado)						
até 4	7	21%	7	18%	2684	9%
de 5 a 14	13	39%	20	50%	12305	41%
de 15 a 24	11	33%	10	25%	9453	32%
de 25 a 44	2	6%	3	8%	4348	15%
mais de 45	0	0%	0	0%	1195	4%
Total	33	100%	40	100%	29985	100%
Tipo de Pós-Graduação (concluída)						
Curso de Especialização	9	27%	13	33%	11651	39%
Residência Médica	16	48%	17	43%	25673	86%
Mestrado	0	0%	0	0%	3583	12%
Doutorado	0	0%	0	0%	2405	8%
Estado ou Região de Graduação						
São Paulo – Capital	5	15%	5	13%	10746	36%
São Paulo – Interior	14	42%	12	30%	9771	33%
Rio de Janeiro	7	21%	6	15%	3594	12%
Minas Gerais	2	6%	5	13%	2169	7%
Espírito Santo	1	3%	0	0%	145	0%
Sul	1	3%	2	5%	1109	4%
Nordeste	3	9%	4	10%	1211	4%
Centro-Oeste	0	0%	1	3%	286	1%
Norte	0	0%	1	3%	562	2%
Outros Países	0	0%	3	8%	169	1%
Não Informa	0	0%	1	3%	223	1%

Total	33	100%	40	100%	29985	100%
--------------	-----------	-------------	-----------	-------------	--------------	-------------

Gráfico 1 - Distribuição, segundo gênero, dos Médicos de Família em Atuação no PSF/1999.

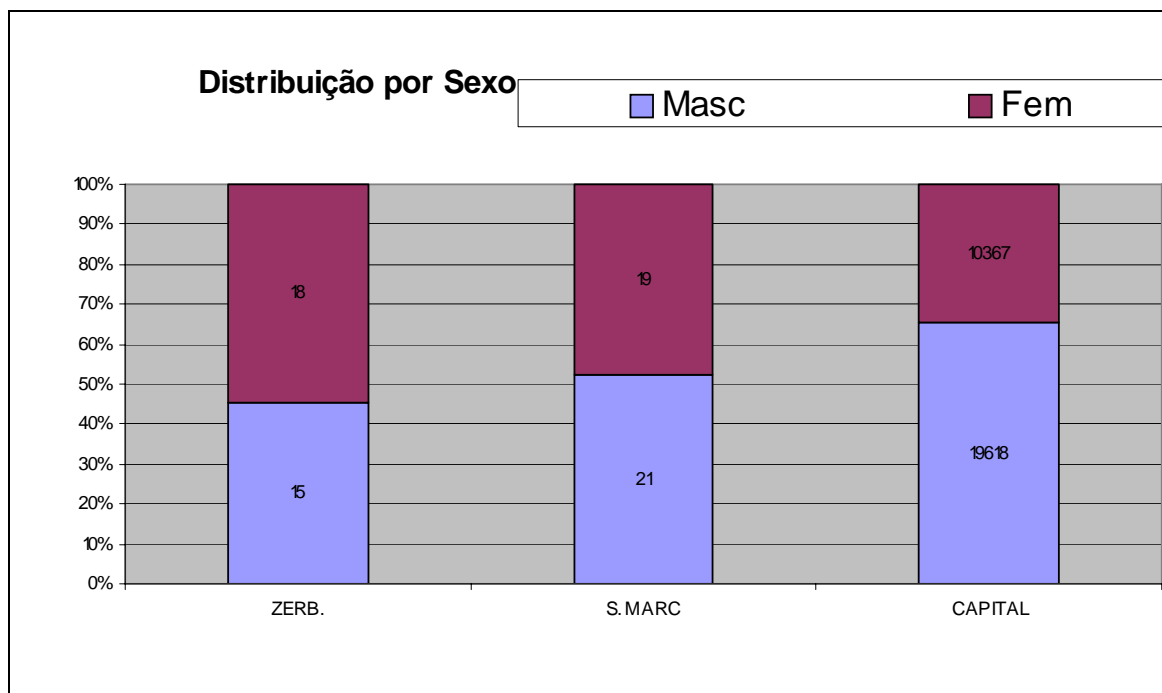


Gráfico 2 - Distribuição, segundo estado civil, dos Médicos de Família em Atuação no PSF/1999.

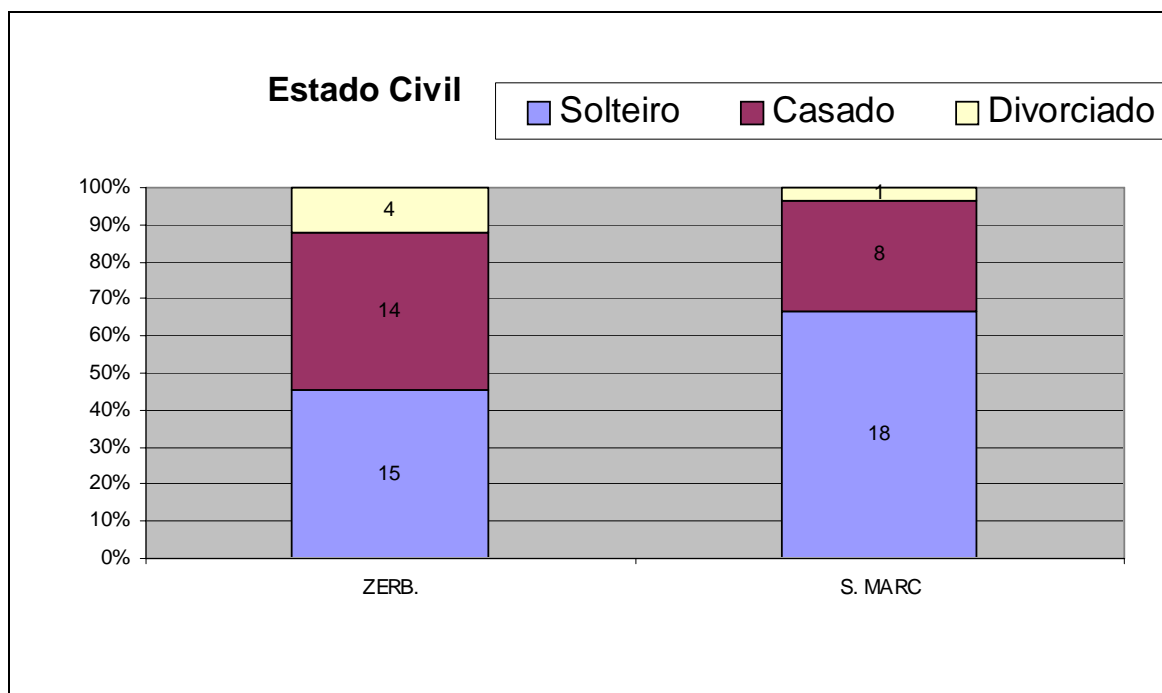


Gráfico 3 - Distribuição, segundo local de nascimento, dos Médicos de Família em Atuação no PSF/1999.

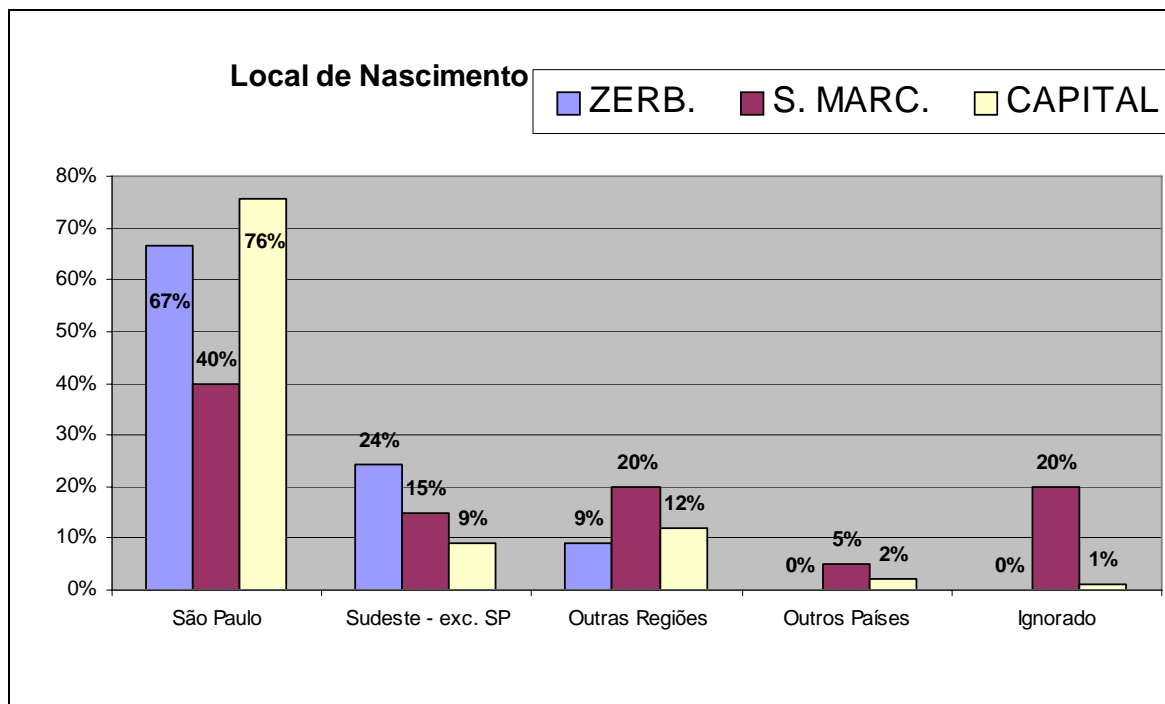


Gráfico 4 - Distribuição, segundo anos de formado, dos Médicos de Família em Atuação no PSF/1999.

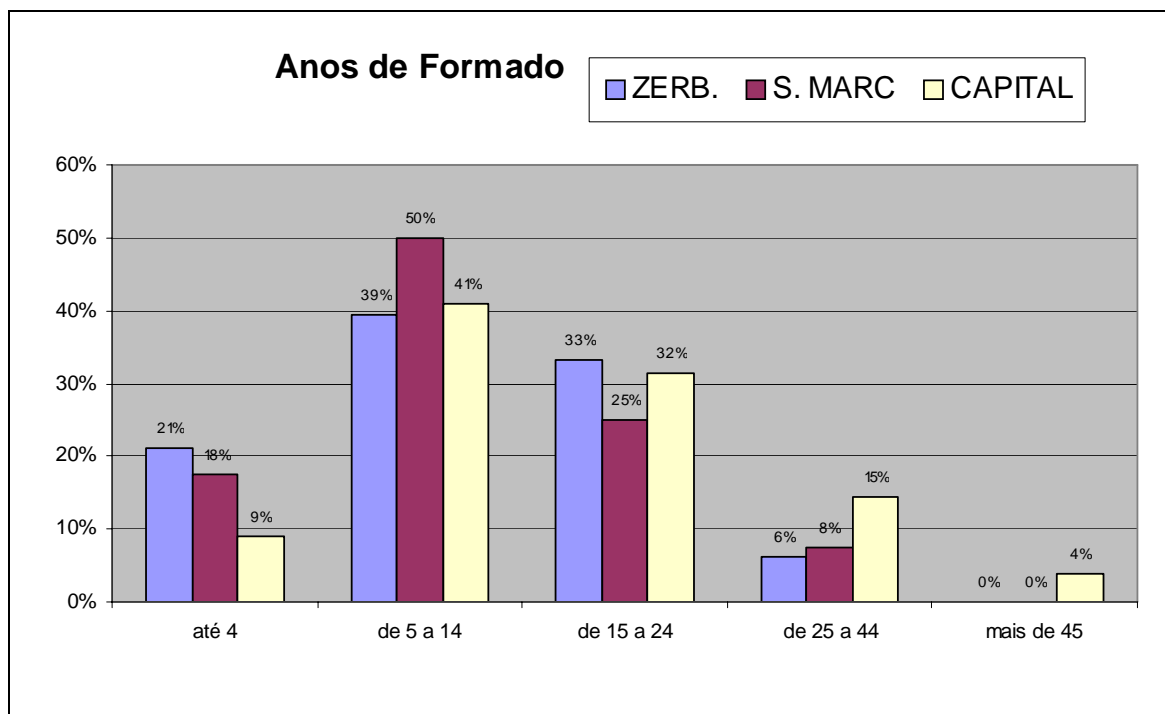


Gráfico 5 - Distribuição, segundo tipo de especialização/pós-graduação cursada, dos Médicos de Família em Atuação no PSF/1999.

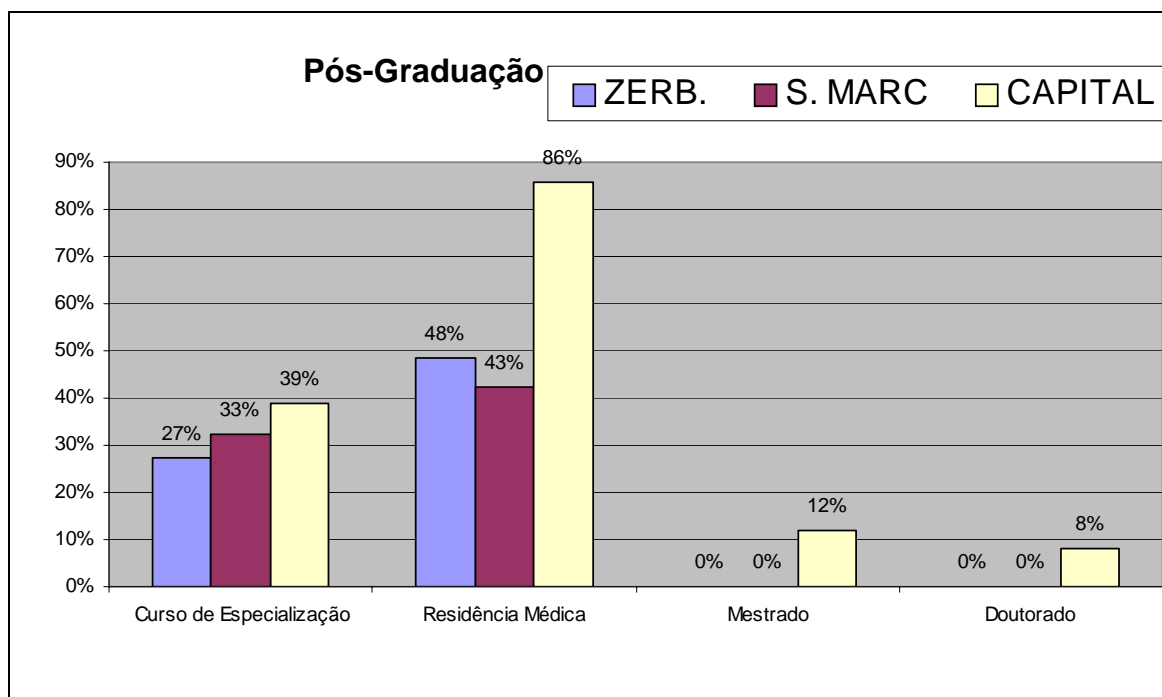


Gráfico 6 - - Distribuição, segundo local de graduação, dos Médicos de Família em Atuação no PSF/1999.

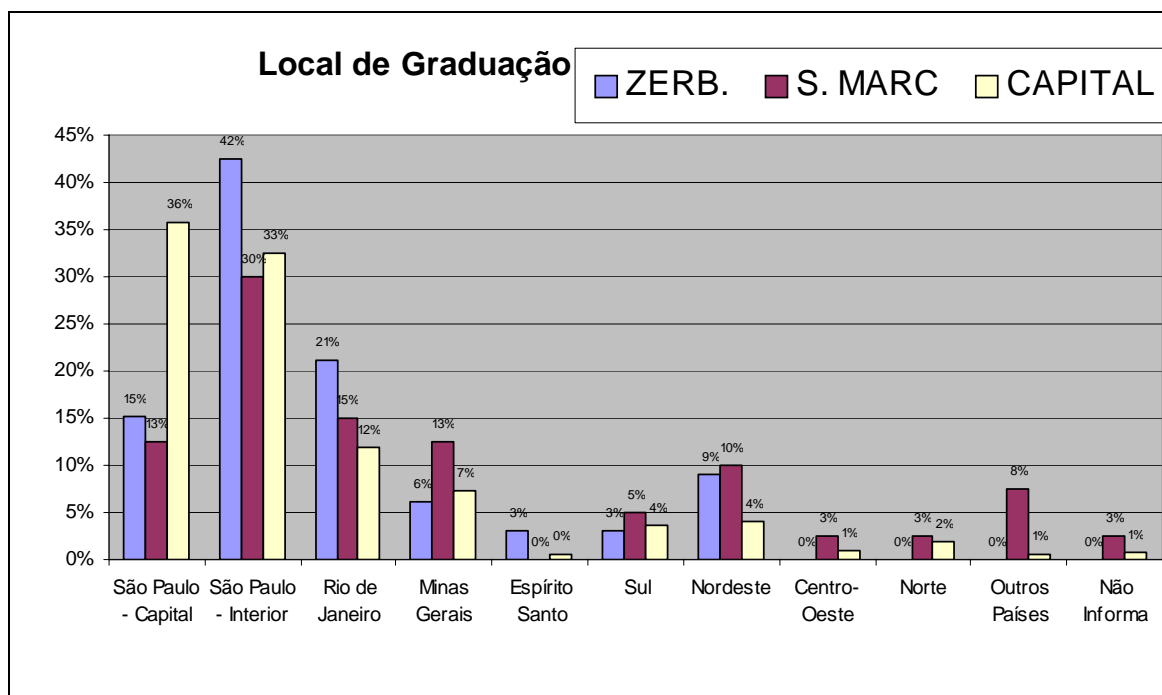


Tabela 4 - Dados Gerais da Amostra Coletada dos Médicos do PSF (07/99)

Situação Empregatícia em 07/1999				
UNIDADE	ZERB.	%	S. MARC	%
Ativos	62	72%	53	70%
Desligados	24	28%	23	30%
Total	86	100%	76	100%
Acesso ao Currículo para Médicos Generalistas Ativos				
Sim	28	85%	40	91%
Não	5	15%	4	9%
Total	33	100%	44	100%
Tipo de Exercício Profissional dos Médicos Ativos				
Especialistas	29	47%	5	9%
Generalistas	33	53%	44	83%
Coordenação	0	0%	4	8%
Total	62	100%	53	100%
Tempo de Permanência dos Ativos (meses trabalhados até 07/99)				
0 a 6	1	2%	13	25%
de 6 a 12	9	15%	11	21%
de 12 a 18	24	39%	12	23%
de 18 a 24	27	44%	3	6%
mais de 24	0	0%	14	26%
Não Informa	1	2%	0	0%
Total	62	100%	53	100%
Média	16		17	

Tabela 5 - Faixas Etárias dos Médicos de Família em Atuação no PSF/1999, e sua Comparação com os Dados dos Médicos de São Paulo - Capital/1995.

IDADE	F. ZERBINI		% acumulada	S. MARC		% acumulada	CAPITAL		% acumulada
Até 27	4	12%	12%	3	8%	8%	2.134	7%	7%
De 28 a 29	2	6%	18%	3	8%	15%	2.354	8%	15%
De 30 a 34	11	33%	52%	16	40%	55%	5.890	20%	35%
De 35 a 39	5	15%	67%	7	18%	73%	5.358	18%	52%
De 40 a 44	5	15%	82%	4	10%	83%	4.920	16%	69%
De 45 a 49	3	9%	91%	4	10%	93%	3.553	12%	81%
De 50 a 59	3	9%	100%	1	3%	95%	2.854	10%	90%
De 60 a 69	0	0%	100%	1	3%	98%	1.662	6%	96%
70 ou Mais	0	0%	100%	0	0%	98%	1.260	4%	100%
Ignorada	0	0%	100%	1	3%	100%	0	0%	100%
Total	33	100%		40	100%		29.985	100%	

Tabela 6 - Instituição de Formação dos Médicos de Família do PSF Ativos (07/99) Dados comparativos com São Paulo - Capital/1995.

INSTITUIÇÃO DE FORMAÇÃO	ZERB.	%	S. MARC	%	CAPITAL	%
067 – Um. de São Paulo (USP) - SP	2	6,1%	2	5,0%	4.600	15,3%
060 – Um. Fed. de São Paulo (ex-Esc. Paulista de Med.)	2	6,1%	2	5,0%	3.093	10,3%
061 - Fac. de C. Méd. da Santa Casa de S.Paulo	1	3,0%	1	2,5%	1.765	5,9%
343 - Centro de Ensino Superior Fund. Lusíada - Santos	1	3,0%	1	2,5%	1.702	5,7%
059 - Pont. Un. Cat. de São Paulo (PUC) - Sorocaba	2	6,1%	2	5,0%	1.659	5,5%
065 - Fac. de Med. do ABC - Santo André	1	3,0%	1	2,5%	1.466	4,9%
334 - Fac.s Integradas Severino Sombra - Vassouras	5	15,2%	1	2,5%	1.331	4,4%
074 - Fac. de Med. da Un. de Santo Amaro (UNISA)	0	0,0%	0	0,0%	1.288	4,3%
066 – Um. de Mogi das Cruzes (UMC)	1	3,0%	2	5,0%	1.283	4,3%
069 – Um. Est. Paulista (UNESP) - Botucatu	3	9,1%	1	2,5%	637	2,1%
025 –Fac. C. Méd. Dr. José A. G. Coutinho - Pouso Alegre	0	0,0%	2	5,0%	623	2,1%
075 – Un. de Taubaté (UNITAU) - Taubaté	3	9,1%	1	2,5%	578	1,9%
071 - Fac. de Med. de Jundiaí	0	0,0%	1	2,5%	573	1,9%
068 – Un. São Francisco (USF) - Bragança Paulista	0	0,0%	1	2,5%	560	1,9%
333 - Centro de Ensino Superior de Valença	1	3,0%	0	0,0%	535	1,8%
041 – Um. Fed. do Paraná (UFPR)	0	0,0%	0	0,0%	495	1,7%
028 – Um. Fed. do Rio de Janeiro (UFRJ)	0	0,0%	0	0,0%	484	1,6%
018 – Um. Fed. de Juiz de Fora (UFJF)	0	0,0%	1	2,5%	478	1,6%
022 - Fac. de Med. de Itajubá (FMIT)	1	3,0%	0	0,0%	476	1,6%
073 – Um. de São Paulo (USP) - Ribeirão Preto	0	0,0%	0	0,0%	422	1,4%
002 – Un. Fed. do Pará (UFPA)	0	0,0%	1	2,5%	384	1,3%
064 - Pont. Un. Cat. de Campinas (PUCAMP)	1	3,0%	0	0,0%	380	1,3%
020 - Fac. de Med. do Triângulo Mineiro - Uberaba	1	3,0%	1	2,5%	377	1,3%
010 – Un. Fed. de Pernambuco (UFPE)	0	0,0%	1	2,5%	363	1,2%
034 - Fac. de Med. de Petrópolis	0	0,0%	0	0,0%	238	0,8%
029 – Un. Fed. Fluminense (UFF) - Niterói	0	0,0%	0	0,0%	234	0,8%
015 – Un. Fed. da Bahia (UFBA)	0	0,0%	1	2,5%	205	0,7%

072 - Fac. de Med. de Marília (FAMEMA)	0	0,0%	1	2,5%	201	0,7%
062 – Un. Est. de Campinas (UNICAMP)	0	0,0%	0	0,0%	172	0,6%
016 - Esc. de Med. e Saúde Pública - Bahia	1	3,0%	0	0,0%	172	0,6%
009 – Un. Fed. da Paraíba (UFPB) -Campina Grande	1	3,0%	0	0,0%	172	0,6%
031 – Um. do Rio de Janeiro (UNI-RIO)	0	0,0%	0	0,0%	162	0,5%
054 – Um. de Passo Fundo (UPF)	0	0,0%	0	0,0%	162	0,5%
046 – Um. Fed. do Rio Grande do Sul (UFRGS)	0	0,0%	1	2,5%	160	0,5%
057 – Un. Fed. de Goiás (UFG)	0	0,0%	0	0,0%	158	0,5%
006 – Un. Fed. do Ceará (UFC)	0	0,0%	0	0,0%	157	0,5%
035 - Fac. de Med. de Campos (FMC)	0	0,0%	0	0,0%	152	0,5%
026 – Um. Fed. do Espírito Santo (UFES)	1	3,0%	0	0,0%	145	0,5%
070 - Fac. de Med. de Catanduva	2	6,1%	0	0,0%	138	0,5%
030 – Um. do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)	0	0,0%	1	2,5%	102	0,3%
328 – Um. do Estado do Pará (UEPA)	0	0,0%	1	2,5%	98	0,3%
040 - Fac. de Ciências da Saúde de Nova Iguaçu	0	0,0%	0	0,0%	83	0,3%
001 – Un. do Amazonas	0	0,0%	0	0,0%	80	0,3%
332 - Fund. Educacional Souza Marques	0	0,0%	1	2,5%	79	0,3%
032 – Un. Gama Filho (UGF)	0	0,0%	1	2,5%	79	0,3%
048 – Un. Fed. de Pelotas (UFPEL)	0	0,0%	0	0,0%	79	0,3%
056 – Um. Fed. do Mato Grosso (UFMT) - Cuiabá	0	0,0%	0	0,0%	79	0,3%
017 – Un. Fed. de Minas Gerais (UFMG)	0	0,0%	1	2,5%	78	0,3%
043 – Un. Est. de Londrina (UEL)	0	0,0%	0	0,0%	76	0,3%
012 – Un. Fed. de Alagoas (UFAL)	0	0,0%	0	0,0%	76	0,3%
021 - Fac. de C. Méd. de Minas Gerais (FCMMG)	0	0,0%	0	0,0%	71	0,2%
042 - Pont. Un. Cat. do Paraná (PUC/PR)	0	0,0%	0	0,0%	71	0,2%
036 - Fund. Oswaldo Aranha (FOA) - Volta Redonda	0	0,0%	0	0,0%	66	0,2%
024 - Fac. de Med. de Barbacena	0	0,0%	0	0,0%	66	0,2%
004 – Um. Fed. do Maranhão (UFMA)	1	3,0%	1	2,5%	66	0,2%
045 – Um. Fed. de Santa Catarina (UFSC)	0	0,0%	0	0,0%	66	0,2%
039 - Fac. de Med. de Teresópolis (FMT)	1	3,0%	2	5,0%	49	0,2%
058 – Um. de Brasília (UNB) - Distrito Fed.	0	0,0%	0	0,0%	49	0,2%
076 - Fac. Reg. de Med. de S.José do Rio Preto (FARME)	0	0,0%	1	2,5%	0	0,0%
052 – Un. Cat. de Pelotas (UCPEL)	0	0,0%	1	2,5%	0	0,0%
044 - Fac. Evangélica de Med. do Paraná (FEMPAR)	1	3,0%	0	0,0%	0	0,0%
055 – Um. Fed. do Mato Grosso do Sul (UFMS) –	0	0,0%	1	2,5%	0	0,0%

C. Grande						
008 – Um. Fed. da Paraíba (UFPB) - João Pessoa	0	0,0%	1	2,5%	0	0,0%
100 - Outras Esc. do Brasil / Ignorado	0	0,0%	0	0,0%	169	0,6%
200 - Esc. de outros países	0	0,0%	3	7,5%	223	0,7%
TOTAL	33		40		29.985	

Tabela 6 – (continuação) Instituição de Formação dos Médicos de Família do PSF Ativos (07/99) Dados comparativos com São Paulo - Capital/1995.

Tabela 7 - Especialidades dos Médicos de Família do PSF Ativos (07/99) Dados comparativos com São Paulo - Capital/1995.

Especialidade	ZERB.	%	S. MARC	%	CAPITAL	%
Pediatra	4	12,1%	4	10,0%	3.915	13,1%
Ginecologista/obstetra	0	0,0%	1	2,5%	3.385	11,3%
Cardiologista	0	0,0%	0	0,0%	1.879	6,3%
Ortopedista	0	0,0%	0	0,0%	1.655	5,5%
Clínico geral	22	66,7%	27	67,5%	1.572	5,2%
Anestesiologista	0	0,0%	0	0,0%	1.234	4,1%
Oftalmologista	0	0,0%	0	0,0%	1.138	3,8%
Cirurgião geral	1	3,0%	1	2,5%	1.062	3,5%
Psiquiatra	0	0,0%	0	0,0%	973	3,2%
Outras	0	0,0%	1	2,5%	938	3,1%
Ignorada	0	0,0%	0	0,0%	931	3,1%
Radiologista/Radioterap.	0	0,0%	0	0,0%	795	2,7%
Médico do trabalho	1	3,0%	1	2,5%	702	2,3%
Dermatologista	0	0,0%	0	0,0%	656	2,2%
Neurologista	0	0,0%	0	0,0%	654	2,2%
Patologia	0	0,0%	1	2,5%	584	1,9%
Cirurgião cardíaco	0	0,0%	0	0,0%	543	1,8%
Otorrinolaringologista	0	0,0%	0	0,0%	542	1,8%
Gastroenterologista clínico	0	0,0%	0	0,0%	526	1,8%
Hematologista	0	0,0%	0	0,0%	504	1,7%
Administração em saúde	0	0,0%	0	0,0%	495	1,7%
Cirurgião Plástico	0	0,0%	0	0,0%	484	1,6%
Homeopata	0	0,0%	0	0,0%	446	1,5%
Neurocirurgião	0	0,0%	0	0,0%	433	1,4%
Reumatologista	1	3,0%	0	0,0%	409	1,4%
Endocrinologista	1	3,0%	0	0,0%	406	1,4%
Cirurgião Infantil	0	0,0%	0	0,0%	388	1,3%
Infectologista	0	0,0%	0	0,0%	386	1,3%
Cirurgião vascular	0	0,0%	0	0,0%	385	1,3%
Oncologista	1	3,0%	0	0,0%	370	1,2%
Sanitarista	2	6,1%	1	2,5%	364	1,2%
Cir. Cab. e Pescoço	0	0,0%	0	0,0%	300	1,0%
Urologista	0	0,0%	0	0,0%	280	0,9%
Intensivista	0	0,0%	0	0,0%	168	0,6%
Proctologia	0	0,0%	0	0,0%	162	0,5%
Nefrologista	0	0,0%	1	2,5%	152	0,5%
Pneumologista	0	0,0%	0	0,0%	76	0,3%
Médico De Família	0	0,0%	1	2,5%	0	0,0%
Geriatra	0	0,0%	1	2,5%	0	0,0%

Fisiatra/Med. Esporte	0	0,0%	0	0,0%	73	0,2%
Total	33	100%	40	100%	29.965	100%

As Representações e Expectativas dos Médicos no QUALIS

Foram realizadas nove entrevistas com médicos de família do Programa QUALIS, nas unidades, a saber:

Parceiro - Fundação Zerbini:

- Vila Penteado
- Jardim Guairacá
- Pastoral
- Vila Espanhola
- Ilza Huztler

Parceiro - Fundação Zerbini:

- Jardim Copa
- Jardim Fanganielo
- Orquídea
- Dom Angélico

As entrevistas foram analisadas segundo um roteiro pré-definido, o que possibilitou, ao longo do texto, a coleta de informações referentes à identificação pessoal e o delineamento das caracterizações quanto à origem, dinâmica familiar, formação médica e trajetória profissional.

Para as questões pontualmente referentes ao QUALIS, no intuito de viabilizar agrupamentos posteriores, ao considerar a visão pessoal dos entrevistados, foram criadas algumas categorias de análise, a saber: ingresso no QUALIS, objetivos do programa, relações de trabalho com a equipe, relacionamento com a população, organização dos processos de trabalho, motivação com o trabalho, capacitação, condições de trabalho, sugestões para o programa e planos para o futuro.

Características Sócio-Demográficas

Do total de entrevistados, cinco eram do gênero feminino e quatro do masculino, sendo que a faixa etária variava de 31 a 48 anos, com média de 36,7 anos. Ainda

considerando o gênero, observa-se que o grupo feminino apresentou uma média de idade mais avançada (38,6 anos x 34, 3 anos para o grupo masculino).

Em relação à origem, nota-se que o grupo feminino era majoritariamente natural da cidade de São Paulo, enquanto o grupo masculino era oriundo de outras unidades da federação e país, no caso, Cuba.

Formação Médica e Especialização

No que tange à formação médica, observa-se que, até por conta do perfil da faixa etária, o grupo masculino apresentou menos tempo de exercício da profissão médica. Considerando o local e instituição de graduação em medicina, percebe-se que o grupo formou-se predominantemente em escolas de medicina privadas, sendo que todas as médicas estudaram no Estado de São Paulo, enquanto todos os médicos cursaram medicina no Estado do Rio de Janeiro e Cuba.

Quanto ao processo de especialização, a maior parte do grupo não cursou/não concluiu o programa de Residência Médica ou outro curso em nível de especialização. Dos entrevistados que concluíram o programa de Residência Médica, duas médicas e um médico, (1/3 do total) as especialidades cursadas foram - Pediatria, Clínica Médica e Cirurgia Plástica. No caso de cursos de especialização, duas entrevistadas mencionaram a saúde pública, um médico citou a Geriatria, e nenhum referiu ter título de especialista concedido por alguma Sociedade de Especialidade Médica. Para outros cursos de atualização/capacitação, três entrevistados citaram a homeopatia, além de menções isoladas em geriatria, medicina do trabalho e curso de atualização em Saúde da Família no Canadá. Nenhum médico do grupo cursou pós-graduação em nível de Mestrado ou Doutorado.

História Pessoal e Motivações para Escolha Profissional

As motivações que se apresentaram ao longo do texto, relativas à escolha da profissão médica, são basicamente de duas naturezas. Uma primeira seria a possibilidade de servir a população e intervir socialmente, uma questão de identificação com o aspecto humanitário da prática médica. A segunda passa pelo interesse suscitado mediante atividades escolares regulares e a influência/convivência com profissionais da área.

Observa-se que, de maneira geral, este grupo é constituído por pessoas provenientes de famílias tradicionais, de classe média baixa, que em, alguns casos, migraram para o Estado de São Paulo em busca de melhores possibilidades. Nota-se que, em alguns casos, a escolha da profissão se deu pela possibilidade de auxiliar o próximo; ou foi motivada pela própria história e dinâmica familiar destes médicos, onde as relações solidárias eram estimuladas e refletidas muitas vezes em ações comunitárias e voluntariado.

“No começo eu não tinha muita noção, quando eu fiquei adolescente eu descobri que eu queria uma profissão universal, que em qualquer lugar, que qualquer pessoa, pobre, rico, todo mundo vai precisar”.

"Sempre quis ajudar as pessoas e desde pequeno eu falava, daí surgiu a oportunidade e fiz".

“Minha mãe aqui foi tecelã, meu pai era funcionário do IAPC, também pedreiro – era um homem simples – e eu acho que a minha formação eu devo muita coisa a eles, sabe? Eles sempre me ensinaram a estar próxima das pessoas...”

“... eu sou filho de uma família de dois filhos, eu vim de uma família de classe média, média, média baixa, sou filho de uma professora e de um industrial. Meus pais sempre lutaram muito para que tanto minha irmã e eu pudéssemos estudar e sempre houve a preocupação do social na minha casa, até porque minha mãe também era professora, era não, é professora e funcionária pública e engraçado, né porque minha irmã e eu somos assim, temos a mesma preocupação, então eu sempre tive essa visão do social, do coletivo.... Estou satisfeito em ser médico, vim de uma família pobre, lutei muito para ser médico, sou um vencedor que chegou lá, conseguiu o que queria”.

As motivações essencialmente vocacionais e/ou inspiradas em outros profissionais da área também foram referidas, sugerindo que, para estes a atração pela prática médica mais voltada às ações coletivas, possivelmente tenham se manifestado em fases posteriores à escolha da profissão.

“...segundo a Mamãe, né? a primeira vez que eu falei que queria ser médica, eu tinha uns 6 anos de idade... .. economicamente era muito complicado prá mim fazer medicina. Papai era motorista de ônibus, né?... Eu tive um modelo de profissional que

era o médico da nossa família – Dr. Alcides Antoniasi – já falecido, a filha dele trabalha aqui conosco. Ele foi realmente um modelo prá mim. Ele era um médico do bairro, aqui do Imirim, e atendia todo mundo. Eu acho que ... eu não sei o que me influenciou ... eu não sei explicar vocação ... acho que não se explica vocação, né? Mas a influência, o modelo de médico prá mim foi o Dr. Alcides.”

“Eu sou a caçula de três filhos, meu pai faleceu, eu tinha dez anos de idade, ele morreu de infarto e minha mãe sempre trabalhou duro para criar a gente, com a ajuda de meus avós maternos e de minha tia, que é solteira, irmã da minha mãe. Uma família de classe média, não tinha, assim, muita riqueza, mas também nunca faltou nada pra gente. E eu resolvi prestar medicina quando eu estava no colegial, na época eu fazia colégio do Estado, assistia uma aula de biologia no laboratório, e era muito bom. A gente mexia com vísceras de animais, e aí eu comecei a me interessar pela patologia. Aí eu resolvi fazer medicina”.

“Tive uma infância feliz tranqüila, não sabia dos problemas das pessoas, não que meu país seja muito diferente, hoje ainda somos uma grande família, todos moram perto, todos participam de festas, praias, bem estimulado, só vim acordar aqui no Brasil... mesmo por ser de Cuba, antes da faculdade sempre se é vinculado à política, se você não participação na política você não poderia ter estudado medicina, existem certas carreiras que exigem, direito, licenciatura, para professora, medicina, envolvendo tempo e é muito difícil, tinha uma colega muito inteligente, muito boa mas ela não conseguiu porque era católica, mas minha formação no auge de bombardeio de informações eu participava muito de trabalho voluntário...”

Para alguns destes profissionais, esta preocupação com o social, ou em ajudar o próximo, também se manifestou em algum grau de atividade político social, ainda que não necessariamente de caráter partidário. As referências foram mais direcionadas à atuações nos centros acadêmicos das escolas de graduação bem como foram mencionadas ações voluntárias em asilos e orfanatos, trabalho rural e em entidades religiosas. Três profissionais não referiram qualquer atividade política ou comunitária anterior, mas de maneira geral este é um conjunto de profissionais relativamente engajados.

“Eu não cheguei a ser presidente. Mas depois que eu não era mais residente, que teve lá um movimento e que eu acho que para ter alguma... simbolicamente... alguma

coisa, acabaram cortando a minha bolsa... que eu nem participava mais do Centro Acadêmico”.

“Tudo que a gente teve a gente criou, porque a gente pegou o D.A muito ruim. Entramos no D.A quando o P.S. ia fechar, eu fui muito participativa, a gente desde a reuniões na Câmara Municipal pra pedir prá votar a Gestão semi-plena até tudo que estava em atraso em volta do Hospital, mobilizar gente, no final deu um resultado bom”.

“Antes e durante a faculdade e final de semana, limpeza, enxada, colher frutas, só era de uma outra óptica, você não ia trabalhar ia ajudar, ia uma turma então até certo ponto uma festa, íamos no caminhão , com violão cantando, jovens, se fazia o que podia, era um lazer até certo ponto” .

“Minha mãe, na lida dela de toda aquela problemática de ser dona de casa e de ser trabalhadora – isso há 50 anos atrás, né? – ela ainda arranjava um tempinho prá ser dama de caridade, né?... e essa questão fez com que a gente evoluísse no campo emocional e humano – humanitário, eu diria - ... ela sempre me levava prá coisas: a gente visitava asilos, a gente visitava orfanatos ... sabe, você tem um amigo, ele está passando fome? ele entra em casa e come junto com a gente. Então, essas coisas me deram uma, vamos dizer assim, uma infância muito bonita... Eu não sei se porque eu era mais velha que eles, eles me consideravam muito, eu sempre fui uma pessoa muito ... respeitável, acho que esse é o fato. Então, as pessoas me respeitavam muito. E eu era uma pessoa que tinha um trânsito. As idéias, as motivações das greves – nós passamos por várias greves naquela época lá ... o Maluf era o nosso governador, veio com cassetete em cima da gente, tal ... a gente sempre enfrentou isso ... e eu, todos os movimentos que houveram na universidade, a gente participou”.

“... eu já tinha uma experiência pastoral de alguns anos, já, né? Há mais de 20 anos ... e ... Pastoral Popular. Então eu aliei essa coisa da Educação em Saúde que o pessoal deu na linha de Educação Popular, né? muito na coisa do Paulo Freire, com a experiência que eu já tinha da Pastoral. Foi muito bom. É o que eu aplico por aqui... O projeto foi de treinar os agentes da Pastoral da Saúde prá serem meio que educadores de saúde, né?... Nós treinávamos os coordenadores ... a região... a arquidiocese se divide em regiões ... na Região Norte, ela é dividida em sub-regiões. Então, nós pegávamos 2 coordenadores de cada sub-região e treinávamos. Fizemos saúde da

criança, saúde da mulher, depois íamos começar saúde do adulto, né? em linguagem bem simples, prá eles..”.

História Profissional e Ingresso no QUALIS

Em relação aos trabalhos anteriores, excetuando uma entrevistada, todos os médicos relataram experiências profissionais pregressas em ambulatórios de medicina de grupo e em pronto-socorro/pronto-atendimento de hospitais privados. Observa-se, quase um consenso entre o grupo, a insatisfação com a organização dos processos de trabalho nas unidades ambulatoriais das medicinas de grupo. Isto porque, segundo os relatos, a imposição da produtividade superestimada é característica marcante, bem como a visão fragmentada e individual da saúde, o que dificulta a interação médico-paciente e impede o segmento e evolução do cuidado à saúde. Existem também referências a trabalhos em Pronto-Socorros públicos, e em número um pouco menor, em Unidades Básicas do estado. Dois profissionais já tinham atuado em equipes de Saúde da Família, um no Rio de Janeiro e outro em São Paulo, com o outro parceiro.

“Dentro do pouco que eu pudesse fazer, eu queria era ajudar. Pra mim o médico era isso, não era ter aquela visão, eu tô aqui em cima, você tá aí embaixo...Eu estava assim, meio de saco cheio, não sei eu posso usar esse termo, de trabalhar na Intermédica, que estava pagando pouco, o esquema de trabalho estava ficando massacrante, um mínimo de vinte, vinte e cinco pacientes por período, eu falei assim, gente, não dá mais pra você fazer... estava cansada da Intermédica, e isso que eu já lhe falei, achando que não era aquilo que o paciente merecia. Eu queria uma coisa um pouquinho diferente.”

“Na Medial os pacientes eram mais esclarecidos, tinham outro nível porque atendia a TV Bandeirantes a Bosch, já lidava com outro tipo de paciente, mais esclarecido, mas na verdade eu larguei lá para vir para cá, eu gosto mais de pessoas carentes.”

Dentre os fatores que motivaram o ingresso destes profissionais no QUALIS, aparecem os associados à identificação com a proposta do programa e com a abordagem integral do cuidado à saúde.

“Porque eu achei que uma série de objetivos de atuação profissional eram como tinha que ser. Eu achei que muita coisa que eu procurava...”

“... você acaba sendo referência. Era mais ou menos assim a medicina que eu queria fazer...”

“Olha, eu acho que tudo o que eu fiz foi pensando na saúde coletiva, pensando na saúde das pessoas como um todo, muitas coisas particularizadas.. Então, quando eu entrei no QUALIS, eu vislumbrei assim ... Como é bom se isso aí der certo. Que essa coisa realmente dê certo. Porque é isso que eu quero. É isso que eu penso da saúde...”

Entretanto, existem outros elementos motivacionais para além da identificação com o projeto – a sensação de exploração e de insatisfação com o trabalho anterior principalmente na relação com o paciente e com a carga de trabalho, a oportunidade de melhores condições de trabalho e formação, remuneração melhor, segurança.

“... tive tantos atendimentos, preencher fichas, me senti explorado, não dá, essa situação, principalmente porque aquele dia esgotou a minha tolerância e resolvi procurar a coordenação de novo, marquei de novo, houve o processo de admissão e não me arrependo não”.

“O que eu ganhava no Rio equivale ao que eu recebo hoje, mas trabalhando menos horas. São Paulo também é um atrativo porque oferece melhor formação técnica, melhores salários, melhores funções de trabalho.”

“... tem as mesmas idéias que eu, pelo projeto, cuidar do paciente e além de ser um serviço registrado, a maioria é cooperativa e é mais seguro...”

Por outro lado, em relação ao número de postos de trabalho, apenas duas médicas trabalhavam exclusivamente na unidade QUALIS. A grande maioria mantinha atividade paralela em consultórios próprios ou realizando plantões noturnos e/ou de finais de semana em prontos-socorros particulares. Esta situação é importante, pois revela que mesmo com profissionais aparentemente comprometidos com a proposta, estes continuam buscando trabalhos extras que podem apontar o desejo de uma renda complementar além daquela ofertada pelo QUALIS – que na maior parte das vezes, conforme os relatos eram equivalentes às remunerações anteriores recebidas, - bem como, certa insegurança, ou necessidade de manter-se ligado à especialidade de origem, o que seria razoável frente à precocidade de implantação do programa. Por outro lado, esta insegurança profissional poderia vir a acarretar problemas frente a

implantação de um projeto em larga escala, em termos de adesão e rotatividade dos médicos.

Objetivos do Programa

No conjunto de questões que tratam as percepções sobre os processos de concepção e instalação do programa, identificam claramente o QUALIS como uma nova proposta de modelo assistencial calcada no cuidado integral à saúde e na recuperação do vínculo do ente equipe/médico e paciente, como se as premissas do projeto fossem uma espécie de “filosofia” que orienta esta nova abordagem da saúde pública. Entretanto, esta concepção da atenção integral assume diferentes nuances. Vai desde a integralidade concebida como incorporação ao atendimento individual de aspectos preventivos, passando pela possibilidade de abordagem no cuidado de aspectos da vida familiar e da comunidade onde este indivíduo se insere, chegando até concepções mais ampliadas que entendem a proposta como um novo modelo de saúde pública, onde além da abordagem do indivíduo, pretende-se também atuar sobre a família e a comunidade, não apenas em ações educativas, mas promovendo a cidadania, a organização da comunidade para uma melhoria global na qualidade de vida da população. Tais práticas também demandam uma nova postura do médico, ao induzir uma maior responsabilização com o caso em função desta abordagem mais integrada, bem como de uma valorização do conjunto da equipe e não apenas da figura deste profissional. Alguns enfatizam também a importância da potência, da resolutividade do projeto frente às propostas tradicionais de atenção básica. Esta diversidade de concepções de integralidade traz por um lado um aspecto muito positivo em relação ao comprometimento com o cuidado, e de alguma forma emponderam o profissional para esta prática – colocam-no realizando uma atividade nobre, digna, socialmente justificada, mas podem também se traduzir em práticas bastante diferenciadas e eventualmente contraditórias no seu exercício cotidiano.

É interessante observar estes profissionais também conhecem um pouco da história e dos porquês de criação do projeto – a história anterior do médico de família, da doutora Rosa, o papel e o interesse do ministro Jatene em implantar o programa em grandes regiões urbanas, a oposição ao PAS, etc, o que pode representar também um indicativo da sua vinculação ao projeto. Outro aspecto importante é que o discurso se constrói muito próximo da prática e das vivências dos profissionais, enfatizando a principalmente a relação com o usuário.

“É um projeto para pessoas carentes que visa não só dar atendimento, ou receita, mas conhecer o paciente, a família, o problema, dando possibilidades para você ajudar mais além do que dar um simples remédio, e principalmente prevenir doenças ter uma qualidade de vida melhor, orientações através de grupos, então você dá informações, trata, prevenindo e delimitando uma área”.

“Eu acho que a filosofia do Programa QUALIS é muito bonita. Você cuidar de uma família toda, a qualidade do atendimento é diferente, apesar de eu nunca ter usado o serviço público de saúde ou posto de saúde, os pacientes contam que é muito diferente o atendimento que é feito pelos profissionais do QUALIS e o atendimento de outros locais.”.

“O projeto que teoricamente ele não tem menos, ele tá em implantação tem coisas que não tão escritas, que a gente tem que arrumar outras alternativas mas em si ele é muito dez... Aqui resgatou um pouco da necessidade de um serviço primário que ele da conta de resolver. A gente dá conta sim, a gente consegue resolver, a gente diminui a demanda hospitalar, tanto até em nível de internação e de atendimento... Pelo que eu sei é que existiam algumas unidades do Estado que estavam desativadas, existia vontade de se fazer esse projeto, então ligou-se o útil ao agradável e acabou vindo para cá e pra Zona Sudeste...Logo que a gente começou o Doutor Jatene chamou a gente para uma “acolhida” e ele contou que quando ele estava no Ministério da Saúde ele ficou conhecendo os projetos que havia no nordeste e ele achou viável. E ele pensou, se der certo em São Paulo, ele vinga. Ai acabou vindo prá cá.. Não dá prá se pensar em saúde como um dever do Estado sem você reformular o setor primário. O projeto saúde da família dá conta disso. Sem reformular o setor primário o SUS não dá conta. ... 1º porque ele é resolutivo. Não adianta investir no serviço primário se ele não for resolutivo. Além de ser preventivo ele é resolutivo”.

“O QUALIS é um programa de médico de família, que pretende, tem o sonho, de resgatar a questão da relação equipe de saúde-paciente – não médico-paciente – equipe de saúde. Porque aquela visão de que o médico é responsável pela saúde ... ela tem que ser mudada, porque nós não somos deuses do Olimpo, embora às vezes é tratado e se trata como tal... o Jatene queria trazer prá São Paulo o programa de médico de família ... sabendo que as características seriam completamente diferentes do médico de família do Nordeste, porque a nossa realidade é diferente. E ... ele

começou a trabalhar então nesse sentido. E conversou ... aí não sei bem como foi a história ... de eles entrarem em contato com as irmãs lá do Santa Marcelina e começaram a organizar o projeto. Aproveitaram grande parte dos médicos de família que já estavam lá naquela área e montaram 9 postos.”

"Porque eu considero esse trabalho do QUALIS perfeitamente – que é a qualidade integral de saúde – é fazer um trabalho preventivo".

“O QUALIS é uma proposta de um novo modelo assistencial, que o médico tem um vínculo com o paciente. Este sistema ultra especializado você perde o vínculo com o paciente, tem o ortopedista que cuida do pé, o cardiologista do coração, ninguém é o médico do paciente. A pessoa paga caro, no fim não tem sentença de ninguém são todos Pilatos, todos lavam as mãos – Isso não me pertence... Ninguém assume a paciente. O Quális é uma maneira de você resgatar a responsabilidade do médico. Você não precisa ser ultra especialista prá tratar de uma gota, de uma crise de asma, de um hipertenso leve, você é médico você tem capacidade de tratar sim. Fiz minhas cadeiras básicas de clínica médica, de cardiologia, de tudo. O Quális é isso, um novo modelo assistencial prá resgatar o vínculo entre médico e paciente. Este vínculo é o que mais desgasta profissionalmente... Sei que a Doutora Rosa, era médica de família, naquele antigo modelo do Estado e ela quis que isso mantivesse e foi atrás e por articulações políticas dela, ela conseguiu com ajuda do Santa Marcelina, a Secretaria e do Ministério.”

“O QUALIS é uma proposta de nova saúde pública, onde você atua com modelo de saúde diferente... enfim globalizante. Você tendo um conceito de saúde você tem que atuar com o paciente de uma forma mais global, você tem que saber noções gerais de clínica médica, cirurgia, ginecologia, obstetrícia, você tem que saber sobre tuberculose, você tem um leque enorme. O objetivo é expandir e no futuro todos os habitantes terem o direito a um modelo de saúde, acesso a um generalista, como é no Canadá, Inglaterra, como era antigamente. Começou aqui em substituição a uma proposta anterior onde o estado, prefeitura? pagavam ao moradia do médico, mas que não pode continuar e este veio como alternativa, quando começou também o saúde da família no Rio, aí foi feita a parceria Estado, Santa Marcelina. Sei que existem outros QUALIS mas não tenho muita informação nem como funcionam os PSF do Nordeste. Acho que o modelo tradicional e o QUALIS fazem parte de um círculo e um dia vão se encontrar com um modelo comum, misturado, mas mais voltado para a família como

este. O modelo cabe bem em São Paulo, porque apesar da cidade ter muitos recursos, também tem muita miséria, e o modelo tradicional não conseguiu enfrentar isto.”

“... projeto com o objetivo de abraçar uma população específica determinada para desenvolver um trabalho de saúde pública, saúde comunitária com educação para a saúde. Com o objetivo de reunir a maioria das doenças e facilitar a vida da comunidade e estimular a cidadania, estimular a organização da comunidade, a educação, tentar criar empregos, coisas que vão além do serviço da saúde, do problema de saúde. Além de satisfação a todos de uma certa forma, é uma medicina mais barata um médico só resolve muitos problemas, ginecologia, pediatria, geriatria, e também estaria perto dos casos, ver pacientes que não podem se locomover, e isso traria uma diminuição da procura de centros terciários, centros secundários, de coisas que podem ser resolvidas na área. Foi implantado nesta região porque tem muito trabalho, é periferia e como já disse haviam médicos sanitaristas que haviam começado alguma coisa e foi na zona leste...”.

Relacionamento com a População

Para o grupo entrevistado, o vínculo estabelecido com a comunidade lhes confere grande estímulo e satisfação. Acreditam que o trabalho por eles desenvolvido é de grande relevância para a população, que a prática da medicina voltada à saúde coletiva é retribuída pelos sentimentos de gratidão e respeito, e que a possibilidade de melhorar a vida das pessoas é um dos principais pontos fortes do programa.

“As pessoas da minha área gostam do atendimento personalizado que a gente dá, do respeito, da falta de preconceito, da falta de interesse, queremos melhorar a vida deles, eles dizem que foram agraciados, são agradecidos, abençoados, porque temos que por na cabeça deles que o problema de saúde não é só febre, diarreia ou a gestante, é quando eles brigam com a família ou a vizinha, quando a filha ficou grávida escondida, então pouco a pouco vamos fazendo o trabalho e alguma coisa do resultado. Não é uma coisa que podemos dizer que o qualis já mudou tudo mas está caminhando”.

“Eu acho que gostam. A gente está, assim nestes meses de março e abril vivendo um declínio de aceitação... por causa do aumento da demanda, né?... mas eu acho que a gente tem ... o que eu posso dizer, né? ... é uma clientela fiel.”

“... O grau de satisfação é muito bom. Tem paciente que vem aqui sem ter nenhuma queixa. Vem prá você dar um palpite. Isso vai de confiança. Não adiantaria a gente seria uns médicos bonzinhos, mas na hora que ficou doente teve que procurar outro médico. Existe um grau de referência nossa que é importante isso é grande não fosse resolutivo não teria isso..”

“Gostam do atendimento, do laboratório, outro dia chegou uma paciente e disse onde ela ia fazer o exame e nós informamos que era aqui e ela ficou admirada e satisfeita ao mesmo tempo, então gostam da facilidade, do atendimento, do medicamento, da visita que facilita aquelas pessoas que não podem vir no posto.”

Alguns relataram que, no processo de instalação do QUALIS, a aceitação da população foi relativamente difícil, por conta da cultura já estabelecida em relação ao acesso ao sistema – o Pronto Atendimento e a demanda por acesso imediato, o que, de alguma forma, implicou num esforço e disponibilidade de negociação com a população inicialmente subestimados. Este processo de transformação exigiu/exige muita persistência e interação da equipe com a comunidade, e aparentemente, contribuiu para o estreitamento do vínculo da equipe com a população. Mas também gera questionamentos sobre até que ponto a interferência da comunidade na discussão do planejamento dos processos de trabalho é benéfica. A diminuição do poder aquisitivo da população local e a subsequente migração do sistema de saúde suplementar para o SUS, foram identificadas, por alguns médicos, como pontos centrais desta “pressão” da população em relação ao acesso e a resolutividade do programa.

“Aqui não, não sei se é a proximidade do hospital, a população é um pouco hostil ao nosso trabalho... Eles querem pronto atendimento.”

“O viés que eu tenho agora aqui, o relacionamento e a intimidade que eu tenho com a população, faz com que eles me procurem mais. Porque eles sabem:...Ah, a Dra. Inês está sempre aqui...Quer dizer, eu não posso fazer qualquer coisa e “Tá, tchau.” Não é assim. Eu tenho compromissos. Você é daqui. Eu sou daqui. Então, tem essa coisa também. Então, nós sofremos ... por incrível que possa parecer, essa coisa”

“Uma parte da população está muito á margem da sociedade, acaba tendo a gente como referencia, mas isto acontece também com áreas menos carentes- tem gente que tinha convênio e depois veio pedir para se cadastrar...”.

“Porque a nossa população é muito exigente. É muito exigente. E é uma população chata. Chata no sentido de que ela reclama de tudo. Ela está sempre reclamando: nunca está satisfeita com nada, quer dizer ... não é igual ... Por que? É uma população – como eu disse, ela perdeu o seu poder aquisitivo, um pouco – que antes ela tinha muito convênio, tal, e ela foi perdendo ... Então ela acha que chega e tem que ser atendida. Ela não prevê que você tem uma série de coisas que estão correndo juntas...”.

“Mas a população da Guilhermina é uma população assim, como é que eu vou dizer ... ela é diferente de uma pessoa que necessita muito... Por que? Porque a população é muito exigente. Então, o médico já ... “Pô, eu não ganho prá isso, não ganho prá isso!” Então, há uma ilusão de que, veja, eles têm uma certa modernidade que eles conhecem – modernidade, no seguinte sentido assim: “Eu sei que tem densitometria óssea ...” Já têm acesso ao conhecimento. Já têm acesso ao conhecimento, mas existe o outro lado da pauperização, entendeu? Então, é diferente ... Foram os proprietários, né? Foram os proprietários. Foi gente que migrou prá cá, construiu, você pode ver que eles pensaram até na qualidade de vida”.

Apesar do envolvimento da população nas discussões com as equipes ter crescido paulatinamente, observa-se que, em alguns casos, a comunidade ainda não havia composto seus conselhos gestores ou qualquer outra forma de organização sistematizada.

“Existe um conselho... antes de surgir essa idéia de conselho, nós elegemos os representantes de rua. Entendeu? Mas... não está efetivo ainda não.”

“População satisfeita, mas não muito organizada”.

“A participação tem aumentado, mas não existe conselho gestor. Está crescendo muito a participação nos grupos - falta inclusive espaço para as reuniões”.

Os canais de integração entre equipe e comunidade mais mencionados foram as ações educativas, as caminhadas coletivas e os grupos de promoção e prevenção da

saúde. Parcerias com outras instituições da comunidade também são citadas, tais como estabelecimentos de ensino e religiosos, além de atividades recreativas, campanhas contra fome e de alfabetização.

“Tem educação continuada, tem o grupo de diabetes, tem caminhada. A gente não tem espaço físico.”

“A gente está tentando atingir todos, por exemplo, a gente sabe que temos muito desemprego, não estamos tentando por conta própria, estamos tentando levantar a auto estima das pessoas, tentar realizar alguma idéia como por exemplo uma cooperativa, alguma coisa como uma escola, ou como o Dom Bosco, tentando cursos profissionalizantes, alguma coisa assim, só que a nossa coordenação conseguiu uma parceria com a secretaria do trabalho, e veio um pessoal aqui e está fazendo uma coisa, um trabalho mais amplo, mais organizada, bem determinado, por etapa para conseguir mexer com o profissionalizante, a cooperativa e tudo que der para fazer nesta área, então outro caso seria a educação, nós por nossa conta, com muito esforço, com doações e com dinheiro arrecadado em festas, estamos construindo uma sala aqui atrás para fazer aulas de alfabetização”.

“A gente tem reunião mensal para ver se eles interagem ao projeto, visa nessas reuniões que eles façam reclamações, se está bom ou ruim, o que pode melhorar, e explicando como funciona, agora as pessoas já estão mais calmas não tem aquela coisa de ai será que o posto vai fechar e não abrir mais então vinha todo mundo sem agendamento e queria ser atendido, agora estão mais integrados , e as reuniões são para reivindicar, até se alguém falar que o posto vai fechar, a população precisa saber o que vai perder”.

“Você vê o pessoal daqui, da terceira idade que participa da caminhada e faz festa, no final do ano fizeram amigo secreto, foram passear no Ibirapuera, tudo... Agora eles tão com outro dia na semana, de artesanato, que é sexta-feira... Aqui, principalmente depois que entraram aqui, que roubaram o nosso vídeo. Entraram por essa janelinha ali, e levaram o vídeo e tal. Então o que a gente bolou, assim, de fazer um centro de convivência aqui embaixo, no estacionamento, no final de semana, colocar um uso, que é um meio de cuidar disso aqui também”.

“... a gente faz caminhada mas não é todo mundo que colabora porque são muito teimosos, mas vamos indo, água mole em pedra dura tanto bate até que fura, também

não pode invadir, e o paciente tem opção de escolha. Tem reunião de grupo sobre diabetes, gestante, hipertensão e fiz um sobre menopausa porque as mulheres tem muitas dúvidas, que acabaram querendo até semana”.

“... tem (ações) com a Sabesp, com a igreja, artesanato, idosos, campanha da fome com a arrecadação de alimentos chamado comitê da fome, festa de sorvete, a gente compra ou ganha patrocínio e tudo feito no final de semana. Existem grupos de idosos, oficina, passeios, caminhadas, pic-nic no SESC, existe cesta de natal para criança, brincadeiras, brinquedos”.

“... nós temos grupos terapêuticos, que é onde eu acho que uma sensibilização maior teria muito a ganhar...”

Organização dos Processos de Trabalho e Relacionamento com a Equipe

No que tange à organização dos processos de trabalho, surgem questões referentes ao processo de cadastramento, ao fluxo e captação da demanda, ao fluxo do agendamento, à dinâmica no acolhimento, ao funcionamento do sistema de referência e contra-referência, aos critérios que definem a necessidade de visita domiciliar, à discussão da divisão dos processos de trabalho e relacionamento com a equipe, e aos critérios que norteiam o planejamento da unidade.

O cadastramento, na maior parte das vezes é responsabilidade do agente. Eventualmente o médico participa da atividade. Aqui pode-se identificar uma limitação quanto à concepção do projeto por parte dos médicos, mas também da coordenação do programa. Considerando-se que o centro das atividades do médico não se dará na comunidade, seria fundamental, que no momento de instalação das equipes, ou nas primeiras semanas de atividade do médico em equipes já formadas, estes participassem de atividades de cadastramento para possibilitar o reconhecimento da comunidade e das famílias com as quais o médico vai trabalhar.

“Quando a gente foi fazer a área, verificar a expansão da área nova, eu fui junto com as meninas pra fazer uma contagem grosseira, pra gente ver até aonde dava pra ir, né. Mas a parte de cadastramento, mesmo, é tudo pelo agente comunitário. E as reuniões que eu faço é o grupo aqui mesmo. Fora daqui, nunca.”

“No cadastramento não, isso o agente comunitário faz isso, mas já tive uma situação especial e fiz cadastro para fazer um recadastro.”

“... o agente que tem tudo cadastrado, tem toda informação, idade, sexo, número de pessoas, então cada uma fazendo isso de sua micro área de suas 250 famílias, ela tira todos os dados que a gente precise, então fica super fácil, agora como foi ampliado, teve que fazer novo cadastro e faremos novo consolidário para nova realidade.”

De forma geral, quem faz a captação da demanda é a figura do agente comunitário. Quer pelo agendamento, quer seja por identificação de alguma necessidade específica, a orientação da demanda é realizada por este profissional.

“...existe uma demanda natural de problemas que o agente detecta...existe um livro aqui na unidade, que quando alguém que quer se comunicar com o agente, escreve nesse livro – quando o agente vem à unidade sempre consulta o livro depois visita quem deixou o nome ali no livro prá ver qual é o problema. Então, existe uma demanda natural, que o agente traz à equipe, e que nós discutimos nas nossas reuniões, que nem sempre são com a freqüência que a gente desejaria, né? E...porque realmente existe uma demanda prá, pelo menos, duas reuniões semanais...e essa demanda não é...porque a resolução dos problemas é uma coisa, mas existe toda uma outra coisa que é o intercâmbio até de conceito de saúde e de discussão de casos...”

“Houve uma apresentação mas existe uma estratégia de captação, por exemplo depende da demanda, eventualmente fazemos campanhas internas na unidade para buscar estimular a fazer papanicolau, vamos fazer um grupo de hipertensos, de verminoses, de criança de 4 a 10 está com dificuldade para vir, vamos lá.O paciente normalmente retorna, isso eles entenderam bem, se ele se tornar um faltoso ele perde o direito ao agendamento, ai ele volta de novo para a fila ou ele espera ser encaixado quando houver vaga”.

“...também os agentes de saúde vão à casa das pessoas e vêem e retêm os relatos quando eles vão fazer os cadastros, quando eles vão visitar as famílias, eles vêem as pessoas que estão necessitando mais de uma consulta.”

O agendamento é discutido juntamente à equipe, e é dividido entre atividades internas, tais como reuniões de trabalho; entre às visitas domiciliares, grupos de prevenção e promoção à saúde; e demandas trazidas pelos agentes comunitários, previamente

marcadas. Nota-se que existe uma certa diferenciação quanto a organização e divisão dos agendamentos. Enquanto uns postos destinam dias específicos para atendimentos voltados à determinados grupos de doenças, baseados em planejamento prévio, informações, bem como necessidades levantadas nas visitas domiciliares e trazidas pelos agentes, outros organizam a agenda conjuntamente, de acordo com o a demanda ocasional.

“É o agente. Ele que vem da rua e marca no livro ... no agendamento...Lá pelas tantas, eu falei - Olha, os agentes comunitários percebem a demanda, percebem quais as prioridades, e vocês definam a minha agenda.”

“Uma das agentes comunitárias controla a minha agenda em termos de horário, de estipular número de primeiras consultas, então quando elas trazem algum paciente que elas acham que ainda não passou ou que tá precisando antecipar a consulta, eles já olham a agenda. Já falei pras meninas da recepção que as minhas agentes comunitárias podem manipular os exames que elas estão procurando, da área delas, pra facilitar o trabalho mesmo.”

“... agendamento a cada 20 minutos, mas sempre acaba sendo mais pelos encaixes. Tem uma agenda semanal, que sofreu muitas modificações por causa da demanda, agora a gente está conseguindo programar melhor, tem um dia só para pré-natal, quando a gente desenvolve os grupos, um só para puericultura, quando gente faz o trabalho em grupo”.

“A minha agenda quem definiu fui eu e depois eu discuti coma a enfermeiras, as outras foi meio de baixo para cima. A chefia avalia, mas a organização das equipes é diferente. A coordenação da unidade tem sido satisfatória. A gente senta com todas as equipes pelo menos meia hora por semana”.

“Minha agenda é assim: segunda – feira eu faço atendimento o dia inteiro, terça-feira eu atendo de manhã e à tarde eu atendo hipertensos e diabéticos. Ainda não tá muito respeitada minha agenda. No período do dia, minha primeira consulta é pré-natal as demais são primeiras consultas do retorno e as 4 últimas sempre encaixes. No final são 8 encaixes por dia, 4 de manhã é capacitação, à tarde grupo de puericultura, Quinta de manhã é atendimento normal, à tarde é pré-natal, Sexta de manhã é atendimento normal e à tarde é visita domiciliar”.

“A gente procura agendar através da agente de saúde, tenho um dia da semana para cada agente, então ela marca 2 hipertensos, 2 puericulturas, 2 crianças, gestante não porque já tem agendado mensal, não coincide, então esses marcados chamamos no horário para dar valor, quem faz isso é o auxiliar e é difícil porque todo mundo quer passar...”.

O acolhimento foi um dos processos de trabalho que mais ganharam destaque durante os relatos. Esta atividade, de modo geral, é mais desenvolvida pelos profissionais da enfermagem, poucos foram os casos em que todos os membros da equipe participavam.

As concepções quanto à atividade são bastante variadas. Para alguns entrevistados, esta atividade é uma maneira de fortalecer o vínculo com a população, de fazer uma primeira orientação e encaminhamento. Com horários previamente estipulados, em geral no período da manhã, a enfermeira ou as auxiliares de enfermagem fazem este acolhimento, triando os casos de acordo com as prioridades, e dependendo da gravidade, encaminham para o pronto-socorro ou hospital de referência.

Para outros, o acolhimento acentua a dificuldade de se estabelecer uma rotina para o agendamento, servindo como uma espécie de “entrada alternativa” no programa e estimulando as atividades do tipo pronto-atendimento. Relatam que geralmente a gravidade das queixas não justificam um atendimento preferencial ou um encaixe na agenda, sendo resolvido pela auxiliar, que em casos específicos encaminha para a enfermeira.

“... agora foi implementado um novo modelo de acolhimento...os acolhimentos só serão agendados até às 9h da manhã. Como você hoje vivenciou, o acolhimento é realmente um mais abreviado, destinado a atender uma condição aflitiva ...”.

“ A gente anota isso, se é primeira consulta, se é retorno, se é visita ou se foi acolhimento - acolhimento é aqueles que não estavam marcados, né? – e o nome do paciente e uma observação... . E eu vou chamando, de acordo com o horário de marcado e pondo o acolhimento ali no meio, né?... Então, os pacientes passam com o pessoal da enfermagem, e elas então fazem como que um encaminhamento. Nada de grave, pode marcar consulta, então marca; é mais ou menos grave, dá prá marcar prá amanhã ou depois ... precisa passar hoje? Não, isso é caso de pronto-socorro. Então, elas fazem mais ou menos essa triagem, já, prá gente. O acolhimento quem faz é sempre a enfermeira. Passa pela auxiliar de enfermagem prá fazer um impresso pro

acolhimento ... então preenche aquilo lá, mede pressão, já vai adiantando. Segunda-feira a gente tem mais de 30 acolhimentos, então, preciso ajudar. Alguns casos quando vem só prá trocar a receita e quer passar no acolhimento, não tem sentido. Então, a própria auxiliar já providencia a receita e já arruma. E se não, eles vão passando prá gente. E quando o caso é muito grave, a gente olha e aí dá um jeito de mandar ou levar pro pronto-socorro, né?”

“É feito uma triagem, ou melhor, é uma filosofia, o doente, o usuário entra na unidade passa na recepção de acordo com a queixa dele na recepção é encaminhado à enfermeira, pode ser que ele precise só de uma vacinação, ele veio para vacinar, onde é a sala de vacina, eu queria informações sobre doenças transmissíveis, tem um grupo, ou se é uma queixa clínica que é a grande maioria é encaminhada a enfermeira e a enfermeira e o auxiliar de enfermagem avalia a queixa e dali elas podem encaminhar para o agendamento, ou para casa com orientação ou encaminhar para casa, a grande parte vai para orientação e uma grande parte vai para a consulta médica que gera a sobrecarga do serviço do médico”.

“O acolhimento surgiu com a demanda espontânea da população e com a necessidade de ter uma população satisfeita e feliz, ainda não está muito bem está bem estabelecida, não há um padrão certo mas se... a tendência é satisfazer a demanda da população, dar medicação, não negar o atendimento e no mínimo dar uma medicação. Faz-se todos os dias das 11 às 13 horas para aqueles pacientes que precisam de um atendimento, que não estão agendados, a enfermeira divide comigo a triagem deles porque todos querem passar com o médico, mas aqui aprenderam a passar com ela. Explicamos que o acolhimento não deveria ser rotineiro mas é muito difícil porque a demanda é grande”.

“O acolhimento é a gente dar conta das queixas pontuais. No começo era estressantissimo, agora a gente aprendeu a conviver. Tem dia que tem milhares de queixas pontuais, às vezes são queixas que não teriam necessidade de vir até aqui. Tem coisas que o auxiliar ou a enfermeira resolvem, nem haveria necessidade de vir aqui mas a gente tá numa fase que primeiro consulta a gente bem pouco, então você conhece, criou vinculo, então é difícil perder a paciência. Você tenta conviver”.

“O que menos me agrada? Às vezes, é...essa coisa do paciente ... do acolhimento, como a gente chama, sabe? Do paciente que nunca passa, nunca passa, fica só passando no acolhimento, e, quando não consegue, briga, e faz esse tipo de coisa...”.

“Algumas atividades que eu não concordo, por exemplo o acolhimento, ele abriu a unidade para quem não conseguia entrar, porque que eu vou naquela consulta às sete horas da manhã se eu posso ir mais tarde?”

“... Enquanto a população não tiver cultura o acolhimento vai virar pronto atendimento”.

O sistema de referência e contra-referência foi um dos processos de trabalho que suscitaram maiores motivos de insatisfação. A dificuldade de referenciar os pacientes, quer seja para a atenção secundária, quer seja para a terciária, foi identificada como um dos principais entraves do programa.

Dentre os serviços que mais geram esta insatisfação, destaca-se os da saúde mental, os de fisioterapia e os de exames complementares. O encaminhamento enredado para estes serviços põe em risco a resolutividade e a credibilidade do programa.

Há um caso isolado, onde aparentemente, o relacionamento com os serviços de referência é colocado como satisfatório. Mas a maioria dos entrevistados discorre sobre como é complicado este processo, e que, um dos motivos desta dificuldade encontra-se na expansão das áreas de cobertura não planejada, ou seja, aumenta-se a demanda e não se replica o mesmo movimento para os serviços de referência e para o dimensionamento da equipe.

Em alguns casos, nota-se que existe um intercâmbio de interconsultas entre os próprios médicos das equipes, baseado em conhecimentos e contatos pessoais, para resolverem casos específicos.

“Tem muita interconsulta entre os médicos das equipes, cada um com sua experiência anterior. Temos a facilidade de contarmos com especialistas na unidade para algumas especialidades, mas quando não é possível encaminhamo para o sistema de referencia-contr referencia - Santa Casa (sem queixas), encaminhamos pouco”.

“Eu entendo que é muito pouco integrado, eu acho que deveria haver uma integração maior...”.

“... às vezes, depende da boa vontade. Porque eu acho que talvez a gente pudesse, eu acho que deveria ser estabelecido, né. A diretoria do hospital, a coordenação do

QUALIS ou a Secretaria da Saúde, não sei, alguma coisa acima da Yoshimi, que eu acho que ela tentou muito e não tá conseguindo, né?”

“Se uma pessoa não está bem e eu não tenho como fazer aqui, porque aqui não é pronto socorro, é ambulatório, eu oriento e faço um encaminhamento por escrito e a pessoa vai. A gente acaba encaminhando para o pronto socorro da região.”

“A gente tenta diagnosticar por aqui, mas se precisar avaliação de um especialista a gente encaminha com os exames e ele orienta, daí se precisa acompanhar por lá, fica por lá, depende dos casos, uma gestante com hipertensão, a gente encaminha e ela acaba ficando por lá e já orientam o hospital”.

“... o que a gente assiste é o seguinte: quando a gente precisa um encaminhamento prá uma especialidade, é um sufoco. No começo do projeto, a gente tinha mais com o Santa Marcelina uma situação bem melhor. É porque também não tinha tanta gente, mas cresceu... Agora, com a falência do PAS, o que aconteceu: sobrecarregou o Santa Marcelina, sobrecarregou os centros de saúde do Estado e nós, particularmente, estamos sobrecarregados... Então, o Santa Marcelina criou dentro do QUALIS, o A.E. Carvalho, que tem a parte dos médicos generalistas como nós e tem o ambulatório de especialidades – mas também não está dando conta desse recado. Porque tem que dar conta de todos os centros de saúde do QUALIS, e já não está dando conta. E não são todas as especialidades... Então, o que acontece: por exemplo, eu preciso de um vascular porque eu tive um caso aqui que eu vi a pessoa rebaixando, precisando de uma cirurgia, com insuficiência vascular periférica – eu vi; acompanhei ... e a gente encaminhando prá aqui, encaminhando prá lá, encaminhando prá acolá, e ninguém dando receptividade ao assunto. Quer dizer, a coisa era cirúrgica e eu não podia fazer – eu não sou cirurgiã. Então, eu não poderia fazer. Então, a gente viu: ele amputava um dedo, amputava uma perna... até falecer. Como eu fui muito tempo médica da Santa Marcelina, eu às vezes poderia tentar essa facilidade, mas não é por aí. Eu acho que a gente tem que ter um... institucionalizar essas coisas, agora parece que eles estão tentando, via núcleo,...”

Os critérios para visitas domiciliares dos médicos são, na sua imensa maioria definidos por dificuldades de acesso, locomoção, ou gravidade dos casos. Há, para alguns profissionais, no agendamento das atividades, a previsão de dias de visita. A visita raramente é vista como um instrumento de conhecimento da dinâmica familiar, das condições de vida daquela família, exceto em casos excepcionais. Às vezes, é

entendido também como um sofrimento a mais na prática, dadas as precárias condições de moradia identificados. Mais uma vez, o enfoque restritivo desta atividade parece representar uma limitações frente a proposta de uma abordagem mais integral.

“A gente intercala a visita minha com a da enfermeira, né? Só quando o paciente domiciliar não tá controlado, então eu vou mais vezes. Caso contrário a gente intercala, uma vez uma, uma vez outra. Que a gente consegue ir a cada vinte dias, mais ou menos em cada casa. E... então a gente intercala nisso aí. A auxiliar tem, as auxiliares têm uma escala, pra visita domiciliar. Então duas vezes por semana, a auxiliar de enfermagem faz a visita nas casas dos pacientes acamados, faz o controle desses pacientes, e o que aparece, né, no dia a dia aí, é ela que primeiro dá a avaliada pra depois chegar na gente. Em mim ou na enfermeira.”

“Basicamente é o paciente acamado que não pode vir ao posto. É um paciente já cadastrado, se aparece alguma emergência a gente faz o favor e vai, se é dia da minha visita eu vou, não se pode virar um pronto socorro ambulante”.

“... existe um protocolo agora, recém natos, acamados crônicos em geral, os idosos ou não, pessoas que não podem se locomover por algum motivo, as vezes uma integração de família, só para melhorar o relacionamento com a dinâmica de família, isso fica a critério da equipe.”

As atividades de Planejamento, assim como as concepções a respeito do programa seguem diferentes concepções e cumprem diferentes papéis em relação à organização do trabalho. Para alguns o estudo e análise prévia das informações serve para um planejamento anual, onde se identificam prioridades que vão sendo reajustadas periodicamente, checadas pelos instrumentos de informação e consolidados disponíveis. Para outros o processo se concentra apenas em reuniões periódicas para organizar o trabalho da equipe no dia ou na semana, em face de demanda ou característica dos casos que se apresentam. Evidencia-se portanto mais uma vez a diversidade de concepções e utilização dos instrumentos - planejamento anual, mensal, reuniões com a coordenação, ajustes semanais, cotidianos, e as tensões entre a abordagem coletiva e atenção individual.

“Planejamento do trabalho é baseado em dados, é voltado pela leitura epidemiológica da comunidade. Sempre tem consenso, talvez dependendo da estratégia, mas sempre

tem um consenso. Necessariamente em dados epidemiológicos mas nós percebemos que faltou alguém da comunidade para participar nesse consenso para trazer impressões e anseios mas no próximo planejamento deverá ter. Eu tenho uma meta e sigo a agenda, eventualmente não consegue devido as emergências que aparecem, agora planejamento semanal mensal a gente consegue cumprir 70%. Há algum material escrito que oriente as atividades. Quem diz o que deve ser feito e como deve ser feito, depende, existem ordens que vem da coordenação, mas existe um consenso, mas não tem um gerente que vem e fala você tem que fazer... Existe um sistema de informação voltada para as prioridades, porém nem sempre registra todas as morbidades atendidas. O sistema permite uma boa avaliação, principalmente através dos consolidados realizados pela equipe de gestão, tanto para acompanhamento e avaliação, como para o estabelecimento de prioridades de trabalho.”

“A nossa equipe tem planejamento de visita pros auxiliares, enfermagem e agentes . Só pra mim que as visitas não estão programadas porque nós temos os acolhimentos que seriam outro atendimento... A Marli tem um cronograma . E as agentes tem 8 visitas por dia. Então a cada 45 dias toda família é visitada por agentes. Isto está suprimindo as necessidades? Acho que sim. Assim a gente vai ter um perfil de população sempre atualizada. Não só o perfil de procura mas também daqueles que não procuram a unidade porque às vezes aquele que não vem é muito mais doente do que o que vem...”

“Fazemos reuniões semanais, de grupos, discute sobre visita, condutas, entre a equipe, cada um dá informação sobre o paciente e elabora visita ou condutas, faz-se um planejamento, tem o consolidado com dados de todos da área toda e controle normal de doenças epidemiológicas A gente fez no começo do ano um planejamento das metas do ano, por exemplo, 90% de vacinação infantil, 100% de acompanhamento de gestante e pré-natal,, hipertensos e diabetes e esperamos no final do ano alcançar uma grande parte disso.... o agente que tem tudo cadastrado, tem toda informação, idade, sexo, número de pessoas, então cada uma fazendo isso de sua micro área de suas 250 famílias, ela tira todos os dados que a gente precise, então fica super fácil, agora como foi ampliado, teve que fazer novo cadastro e faremos novo consolidado para nova realidade.”

“Então, a gente faz o planejamento é nessas reuniões mensais, né? Que a gente define o grupo e define a visita domiciliar. E o restante é feito nas agendas, uma das agentes comunitárias controla a minha agenda em termos de horário, de estipular número de primeiras consultas, então quando elas trazem algum paciente que elas

acham que ainda não passou ou que tá precisando antecipar a consulta, eles já olham a agenda, então elas já tem essa liberdade de olhar na agenda. Já falei pras meninas da recepção que as minhas agentes comunitárias podem manipular os exames que elas estão procurando, da área delas, né, pra facilitar o trabalho mesmo. Então a gente resolve mesmo é na reunião semanal”.

“O planejamento é feito em conjunto, uma vez por semana. As vezes vem uma necessidade da população via agente, no final alguma necessidade do perfil , via cadastro e aí a gente junta e planeja. Antes era mais difícil, agora está mais claro prá todo mundo.”

"O planejamento é assim: têm, pessoas, por exemplo, que são aveceizados, e precisam um atendimento ...; têm os demenciados, está certo?; e têm aqueles que fizeram uma cirurgia; têm algumas pessoas com retardo mental – que não dá prá trazer aqui. Seria um trabalho insano prá trazer aqui – quase um desrespeito trazer essas pessoas aqui. Então, a gente vai até a casa".

Competências e Atribuições

O principal elo entre a equipe e a comunidade para a comunidade é o agente comunitário. É este profissional que faz o primeiro contato, que identifica o nível de prioridade e o profissional da equipe necessários em cada situação, e que leva os casos para serem discutidos nas reuniões do grupo. Dentre o rol de suas atividades, constam as visitas domiciliares periódicas e o cadastramento da população.

É considerado um profissional fundamental para as funções de controle e fiscalização, dos procedimentos orientados, de informação sobre fatos novos e de orientação e educação, tanto domiciliar como nos grupos. É o principal agente registrador dos instrumentos de informação do PSF, e um agente mediador fundamental nas relações com a comunidade. Sua importância declarada às vezes é tão significativa para os médicos que seria o caso de se perguntar se parte das ações na comunidade que estes deveriam estar desenvolvendo não vem sendo realizadas apenas pelos agentes. Percebe-se também uma preocupação grande com atividades de educação permanente dirigidas ao agente.

“O agente tem o papel de visitar todas as famílias, prevenção de saúde, ver casos de óbito, conferir casos de alta e também casos que precisam de seguimento e não estão fazendo. Então eles fiscalizam no sentido de mostrar importância do seguimento,

hipertensos, diabéticos, verminoses, fazer as orientações e sua importância de dar um seguimento. Ele mora aqui e sabe mais dos problemas...”

“... a primeira ligação com a comunidade é ele quem faz. A função deles é de vigilante da comunidade. Tem o papel de olhar e trazer para a gente e de educação. Sem o agente não se poderia ter este controle da população Por exemplo uma criança nasce ao meio dia as três a gente já tá sabendo, já registrando, programando a visita domiciliar, que é feita até o sétimo dia com o agente e a enfermeira pra orientação de aleitamento, cuidados...”

“Ele também trabalha bastante, ele faz a visita para cadastro, e mensalmente faz uma visita em cada casa, estando bem ou não, e as vezes se precisa faz semanal ou diária dependendo da situação do paciente, isso ajuda muito porque temos notícias do paciente todos os dias. Fazem consolidado, que é o controle que ajuda bastante, ele que trás os problemas, as situações, na reunião.”

“Eles participam de maneira bastante ativa de todos os grupos que têm na unidade... Eles participam de todas essas atividades... e ainda da educação continuada, né? E aqueles pacientes que têm mais dificuldade prá entender, prá tomar remédio, eles vão orientar como têm que tomar a medicação o que têm que fazer... orientar a família... aqueles paciente mais complicados, como a família tem que providenciar especialista, alguns exames, eles conversam, eles fazem bem essa ponte. E estão sempre presentes conosco prá trazer as informações, trazer os problemas... e juntos, todos nós juntos vamos encontrar a solução que existe, se é que existe solução, e se for da alçada deles viabilizar, eles viabilizam. Se não, eles vão por onde pode ser viabilizado. Nas reuniões com a comunidade, em todas as reuniões que a gente quer fazer com a comunidade, que a comunidade quer fazer com a gente, eles é que articulam. Eles que programam, que articulam tudo isso. E fazem curso fora, sempre que a gente solicita prá eles...”

O auxiliar de enfermagem também possui agenda, e de maneira geral, os procedimentos mais citados são os curativos, medição da pressão arterial e trabalhos externos.

A descrição das atividades do auxiliar de enfermagem, não se confunde com a dos agentes comunitários; é mais voltada às ações internas do posto, o que de certa forma, não permitiu muita diferenciação na sua inserção na equipe de saúde da

família, quando comparada à sua atuação profissional nos modelos de atenção à saúde mais tradicionais.

É um trabalho importante, mas, por aparentemente, diferenciar-se pouco das propostas mais tradicionais, considera-se que recebeu pouca valorização no ideário do programa e nas atividades de qualificação.

“...: o auxiliar de enfermagem tem a rotina dela, tem uma escala, tem agendamento, há curativos para serem efetivados, medição de PA, enfim há uma série de procedimentos para o enfermeiro, médico e agente também”.

“Aqui, no nosso caso diferencia-se bastante, porque tem uma coisa bastante específica. O auxiliar de enfermagem faz as atividades próprias de controle de PA, controle de temperatura, coleta de exames, curativos, coleta de Papa Nicolau, medicação, né? Eu sei que no Nordeste os agentes comunitários fazem um pouquinho desse tipo de coisa. Aqui, não tem necessidade. Então, é bem diferente mesmo o trabalho dos dois”.

“Mas um fato evidente é o fato de que é o único membro das equipes que nunca teve capacitação, nunca houve uma capacitação específica pro auxiliar de enfermagem... isso é imperdoável. E isso se explica – embora não se justifique de forma alguma – se explica pelo fato de que ele é o pé de boi da unidade. Eu acho isso ruim, primeiro porque ... acaba com a auto-estima dele, diminui a sua motivação. Quer dizer...ele não se integrou aos aspectos motivacionais (do programa)... Ele participa dessa discussão de prioridade (Entrevistador)? Jamais. Ele até participa ... mas ele participa deslocado,... Eu acho isso, digamos ... o médico é a estrela cultural da atuação em saúde. E é por isso que o nome dele segura nesse status que foi estabelecido. E o agente comunitário é o exótico, o incomum, o novo... foi assim que ficou. São conceituações única e exclusivamente de divulgação, né?...de sensibilização de visibilidade – no sentido ruim da palavra, digamos assim. É uma boa também, né? Mas, enfim, tudo isso me parece muito inapropriado, ... quer dizer, a enfermeira tem a sua capacitação, tem a sua voz, tem curso superior, tem status, mas a auxiliar, não. Tem menos status que o agente comunitário – que falou no dia, e ele não falou. Que tem capacitação, e ele não tem. Então, existe algo que eu acho que tem que ser reparado urgentemente, porque ... não se esqueçam de que ele participa das atividades, que ele é quem mais ... eu acho que ele tem mais contato com as pessoas do que o próprio agente. Não falo assim ... contato simbólico...”.

“O auxiliar tem função do trabalho do posto referente a vacinas, esterilização, farmácia, administração de medicamentos, curativos, papanicolau e cuidados dos equipamentos dos consultórios e dos outros departamentos, também participam de visitas domiciliares e de grupos... O auxiliar faz procedimentos que o agente não faz. O agente visita todas as casa e o auxiliar não. O auxiliar faz medicação e o agente não”.

“O auxiliar é técnico, o agente não é, não pode fazer intervenções, medir pressão nem temperatura. O conhecimento dele é outro. As dúvidas do agente são discutidas livremente, com a enfermeira, com o auxiliar, ou comigo”.

“... tem o auxiliar que trabalha em PS e aqui tem que ter outra postura por conta do vínculo brigou muito com a enfermeira, mas estão se entendendo... tem mais vínculo que o auxiliar normal, os pacientes os chamam de meu enfermeiro, tem função de orientar, de identificar problemas também, fazem uma certa triagem, fazem primeiro atendimento, entram nos grupos, faz o controle mensal, ou semanal os hipertensos, faz orientação, faz controle dos acamados, as vezes o vínculo é maior que o meu.”

Quanto ao papel das enfermeiras, observa-se que dividem praticamente as atividades com o médico, supervisionam o trabalho dos agentes comunitários e auxiliares, assumem a administração do posto e participam dos grupos de prevenção e promoção à saúde.

Na maior parte das vezes a relação entre médico e enfermeira se dá de forma cooperativa. Apesar de haver adesão à atuação da enfermeira, no que diz respeito às consultas e encaminhamentos, nota-se, que em alguns casos, esta aceitação vem acompanhada com certa cautela, muito embora o papel da enfermeira seja respeitado e tido como essencial à dinâmica da equipe.

Esta liderança, entretanto, nem sempre é bem suportada, às vezes leva a disputas e desajustes entre a equipe.

“O enfermeiro, faz tudo, é responsável pelo treinamento e pela educação dos auxiliares e dos agentes comunitários, ele planeja e organiza o trabalho dos auxiliares, ele é responsável por toda parte administrativa, solicitação de remédios, notificação de

doenças, pedidos de materiais necessários, além disso, faz trabalho assistencial, de consultas de enfermagem, de puericultura, de pré-natal, atendimento de desnutridos, e também visitas domiciliares... nosso trabalho está muito vinculado, o médico e a enfermeira participam juntos de muitos grupos e também na nossa unidade o atendimento de puericultura e pré-natal é feito dividido. Nós dividimos, então quando ela tem dúvidas me chama e facilita o atendimento.”

“... consulta de enfermagem, elas não faziam isto antes, fazem diagnóstico, mas tem limites, inclusive legais frente ao médico - divide muito o trabalho com o médico; médico de família é o generalista do setor primário. Pro médico tem duas coisas a gente não foi treinado pra trabalhar em equipe e às vezes assusta, mas tem o lado bom porque você divide as coisas boas e as coisas ruins também. É uma loucura gostosa...a complementariedade no trabalho, insegurança do enfermeiro para desenvolver as consultas, na dúvida sempre discutimos, a capacitação ajudou muito”.

“Como tem sido aceitação da consulta da enfermagem (entrevistador)? – Tem uma boa aceitabilidade eles perceberam que existe uma complexidade entre a gente. Então eles sabem que se precisar ela me chama não existe uma onipotência, nem minha, nem dela, tanto que quando precisa a gente encaminha. Tem bronca que eu falo – chegou no meu limite, acho que agora uma outra pessoa tem que olhar você. E a mesma coisa eles sentem em relação à Sortênia eu não sei contar o caso que diz e não quero ser atendida, uma ou outra tem ela me chama ele, a gente até conhece.”

Os médicos no QUALIS parecem estar sempre submetidos a uma constante contradição entre a satisfação e o reconhecimento por parte da população e os resultados já obtidos, bem como a uma relação de trabalho mais humanizada e mais próxima dos pacientes contraposta às dificuldades decorrentes desta nova prática, as exigências e os limites que esta nova prática coloca em termos de abordagens familiares e da comunidade, o desejo de atuar nestes campos constrangido pelas pressões da demanda o que acaba concentrando a maior parte de suas atividades no atendimento individual, bem como os limites definidos pela própria organização do sistema em termos de apoio, referência e contra-referência.

Por outro é evidente que mesmo com as limitações impostas pela demanda estes profissionais efetivamente envolvem-se em outras atividades e incorporam práticas relativas a planejamento, trabalho em grupo, discussão em grupo, visitas domiciliares, educação permanente e qualificação dos agentes.

“Ser médico de família é uma grande frustração, porque quem vai trabalhar com o médico de família se vê no lugar de antigos médicos, (risos) né, ele era um profissional liberal, tinha o cliente dele, mas ele não tinha uma avaliação científica para a época, mas eu me imagino um pouco o médico daquela época, generalista que via suas famílias, é, hoje se trabalha com populações com problemas sociais, problemas econômicos, a gente se vê muito voltado para a doença, quando a gente sabe que teria que trabalhar com a prevenção, mas tem tanta doença que te sobra pouco tempo para a prevenção, eu queria mais tempo para sair da minha unidade para visitar meus doentes, mas eu tenho que ficar aqui e isso gera frustração”

“Contraditório. Estou satisfeito por ser médico, mas ainda insatisfeito com o trabalho, embora aqui eu faço uma coisa o mais parecido com o que eu gostaria de fazer, só que eu tenho muitas limitações, você acaba se envolvendo com problemas de outras pessoas, desesperante, coisas que não consegue solucionar e seria muito fácil poder solucionar os problemas, uma gestante, fazer um ultra-som e esclarecer a dúvida só que a paciente também não consegue fazer o ultra-som, isso é muito angustiante.... Mas entre aqui e o convênio aqui é muito melhor.”

“Onde você desenvolve mais o seu trabalho? Na unidade, no domicílio ou na comunidade (entrevistador)? Na unidade. Na unidade. A nossa característica é mais de unidade mesmo... de todos nós... Isso não foi decidido... foi decidido pela demanda. Os pacientes vêm até aqui. Por isso, a gente acaba ficando mais tempo aqui, atendendo os pacientes que vêm até aqui.”

“A consulta médica é um momento muito grande. Muito grande, muito importante... nós temos grupos terapêuticos, que é onde eu acho que uma sensibilização maior teria muito a ganhar... tem o grupo de hipertensos, que eu toco mais diretamente, mas a Márcia também participa muitas vezes – e os hipertensos são dois grupos, duas turmas digamos assim; tem o grupo dos diabéticos; o grupo de reeducação alimentar, de orientação alimentar, que é um grupo que eu ... mesmo antes de vir prá cá eu já fazia no PAS, né?”

“Onde você desenvolve mais o seu trabalho: na unidade, no domicílio ou na comunidade (entrevistador)? Infelizmente na unidade. E como isso é decidido (entrevistador)? Com a demanda. Em relação ao indivíduo acho que meu trabalho é muito bem sucedido, tem bom relacionamento médico-paciente, eles não tem vindo só

por doenças, e sim por problemas sociais, emocionais então a gente acaba dando mais segurança ao paciente. T- Como você analisa o seu trabalho, atuando em relação à família? G- Em relação à família o trabalho também seria legal se a gente conseguisse fazer mais visita às famílias, então pela demanda de consultas não se tem tempo, então fica mais limitado.”

“De manhã, todas as manhãs, eu atendo as consultas agendadas... Eu atendo todas as manhãs as consultas agendadas. São ... teoricamente, são 12 horários que nós temos, mas eu sempre tenho – você pode olhar a minha agenda – eu sempre tenho um extra às 7:50. Porque é um retorno de 15 dias, um retorno de um mês, de uma semana, que eu preciso ... então eu sempre tenho esse paciente às 7:50, né?...Segunda à tarde eu faço visita. Então, os agentes comunitários separam ... dá prá fazer – se eu não tenho nenhuma consulta à uma e meia, porque às vezes encaixa alguma consulta à uma e meia, e eu consigo sair daqui às duas, eu faço 7, 8 visitas, né? Nessas visitas, os agentes comunitários selecionam os casos que a gente já discutiu que precisa ser visto, e aqueles crônicos. Eles selecionam comigo esses casos, com a enfermeira e com a auxiliar de enfermagem ... e nós saímos. Eu e os meus agentes. E vamos fazer as visitas, uma por uma. Depois, eu já vou anotando nos prontuários – a gente leva os prontuários e eu já vou anotando – quando a gente chega, eu faço as anotações aqui na planilha, e então o seguimento, com os quatro agentes...Na terça-feira à tarde, nós temos duas vezes por mês uma discussão interna ... de casos, mesmo, prá gente trocar idéias entre nós da conduta que tomou ou que deve ser tomada em cada caso e, a gente faz o estudo teórico daquela patologia. Na quarta, então, um período – agora eu estou de manhã, mas normalmente eu faço à tarde – eu participo da educação continuada...Quinta à tarde eu atendo, no mesmo esquema que eu atendo de manhã. E sexta eu faço a educação continuada dos agentes comunitários. Mesmo que não seja eu que vá assessorá-los, eu estou junto e... Complemento, discuto com eles... eu já estou tão acostumada, que às vezes eu faço uma pergunta que eu sei que eles não vão ter coragem de fazer, e sou responsável por fazer as dinâmicas com eles...De vez em quando, a gente vai prá Secretaria. Hoje era prá gente ter - um grupo já teve – treinamento do TBVE...”

“Segunda – feira eu faço atendimento o dia inteiro, Terça-feira eu atendo de manhã e à tarde eu atendo hipertensos e diabéticos. Ainda não tá muito respeitada minha agenda. No período do dia, minha primeira consulta é pré-natal as demais são primeiras consultas do retorno e as 4 últimas sempre encaixes. No final são 8 encaixes por dia, 4 de manhã é capacitação, à tarde grupo de puericultura, Quinta de manhã é

atendimento normal, à tarde é pré-natal, Sexta de manhã é atendimento normal e à tarde é visita domiciliar. Da uma às duas de Quinta-feira a gente tem reunião com a Jurema e de Sexta-feira das uma às duas e meia tem reunião de equipe...O que eu mais gosto é o grupo de puericultura. É o que mais me causa, mas eu adoro. De tudo que a gente fez o que a gente conseguiu mais aceitação, participação. O vínculo é muito gostoso...Essas crianças que estão aí fui eu que a Sortênia que fizemos o pré-natal, a gente tem um vínculo com a mãe e agora com a criança. O grupo sempre me anima.”

A equipe, o trabalho em equipe é altamente valorizado e é um dos diferenciais no QUALIS, frente a necessidade de construção desta nova prática proposta pelo programa.

Os médicos sentem uma forte dependência de cada um dos componentes, principalmente dos agentes, no contato com a comunidade e da enfermeira, na divisão de tarefas, inclusive assistenciais dentro da unidade. Esta parceria, entretanto, nem sempre é tranqüila e às vezes surgem estranhamentos relacionados ao espaço que o enfermeiro tem dentro da unidade e à liderança que tende a exercer dentro da equipe, na medida em que na divisão de trabalho o médico tende a concentrar-se, ainda que não exclusivamente, nas atividades de atendimento individual. A divisão do trabalho geralmente se dá nas reuniões das equipes, que ocorrem com periodicidade variada – de diariamente à semanalmente. Este relacionamento contínuo e a interdependência tendem a constituir vínculos importantes, estreitado nas tomadas de decisões coletivas, ainda que não destituídas completamente de hierarquia, o que vai permitindo com o tempo a identificação/definição conjunta dos papéis de cada um dos membros da equipe, bem como o adequado delineamento dos fluxos e processos de trabalho, ainda que este não seja um processo isento de atritos, algumas desconfianças e negociações contínuas.

“... ela é indispensável, não dá para um agente de saúde trabalhar sozinho, se esta equipe fosse desmembrada, nem a agente de saúde poderia ter atividade de impacto sozinho, nem enfermeiro sozinho, nem médico sozinho. A equipe é fundamental para se planejar e implantar alguma coisa em termos de saúde.”

“Enfermeiro: coordena agentes e auxiliares, funções administrativas, puericultura, consulta de enfermagem coordenar grupos, eu vejo que o enfermeiro tem mais função administrativa, eu observo que o papel médico é mais de tocador de serviço, vem aqui

faz sua parte faz sua parte e tchau, o enfermeiro neste projeto é uma figura pensante para colaborar para fornecer mais dados, e muitas vezes o médico é renegado nesse papel porque tem que ficar atendendo mesmo e cria uma animosidade. A coordenação dá muita ênfase para o enfermeiro como líder, mas muitas equipes tem dificuldade de aceitar essa liderança, eu mesmo não aceito, tenho muita dificuldade, mas não é porque eu sou médico, é o meu perfil pessoal em ter dificuldade de aceitar, e por outro lado o enfermeiro precisa ser líder e aí gera grande conflito, mas no geral a parceria é boa”

“Pro médico tem duas coisas: a gente não foi treinado pra trabalhar em equipe e às vezes assusta, mas tem o lado bom porque você divide as coisas boas e as coisas ruins também. É uma loucura gostosa... O enfermeiro complementa o meu trabalho, mas às vezes eu percebo a insegurança do enfermeiro para desenvolver as consultas, na dúvida sempre discutimos, a capacitação ajudou muito. Se eu tenho formação e estou insegura, imagine quem não tem.”

“Existe uma divisão de tarefas, também. A agente, a agente comunitária traz essas informações, nós analisamos os casos sempre idealmente e com toda a equipe – na prática, isso nem sempre acontece, reunir toda a equipe pra discutir um caso – pode acontecer em 30% das reuniões, 40%, mas acho que não acontece mais do que isso; e nos 60% o que ocorre é que eu e a enfermeira e a agente, ou eu e a agente ou a enfermeira e a agente comunitária, acabam tomando as decisões. Mas é difícil, embora deva ser estimulada uma auxiliar e uma agente tomar uma decisão, né? Até porque existe uma certa dificuldade entre a agente e a auxiliar...”

“De manhã cedo temos uma reunião de equipe para realizar os problemas do dia e saber dos problemas resolvidos do dia anterior, para manter a equipe informada sobre todos os problemas e durante o dia faz o trabalho normal, uma vez por semana temos uma reunião geral para planejar de uma hora e meia.”

“E como é que é decidida a divisão de trabalho entre os membros da equipe (entrevistador)? É naquela reunião que eu te falei de manhã. Já tem pré-estabelecido, assim, qual é a área de trabalho de cada um: a médica faz isso, a enfermeira faz aquilo... está meio dividido. Mas a gente na reunião da manhã acaba decidindo algumas coisas que precisam de mais urgência.”

“Tem algumas coisas que são pedidas, mas em geral nós é que resolvemos, não existe por sorte um trabalho ditatorial, que diz tem que ser feito...as equipes trabalham em conjunto, nós temos a liberdade e a facilidade de mudar os nossos plano sem nosso trabalho...Nós temos um problema, discutimos sobre ele coletivo e tomamos coletivamente... há divergências , é feito uma reunião, uma análise com raciocínio lógico e se toma decisão lógica com a maioria dos adeptos, a minoria fica para a próxima, se ela demonstrar que realmente tem razão, vamos avaliar e comprovar o que disse, e pode até adotar.”

“... quanto as enfermeiras não tem problemas, mas precisa ter melhor formação ética das agentes. Elas estão se adaptando agora, mas teriam que Ter um treinamento voltado pra ética , bom senso... Há muitas divergências dentro da equipe... De procedimento, informações, idéias...”

“Eu acho que tem que abolir os chefes. Eu acho que a responsabilidade do doente perante a lei, em determinadas condições, é do médico, e ele responde por isso. Isso não quer dizer que ele tenha que ser chefe nem que ele tenha que ser líder. Eu acho que certas decisões, o médico tem que tomar, mas isso não quer dizer que ele tenha que ser líder também. São papéis diferentes. Eu acho que seria muito bom que uma equipe tivesse desprendimento ... isso não acontece, né? mas eu acho que seria bom...”

“... a equipe não se entrosou, então tem essa insatisfação pela falta de entrosamento da equipe... é... têm aqueles que vêm trabalhar na favela com salto Luiz XV. Aí não dá, né? Sempre tem. Mas a grande maioria eu sinto que tem perfil e está motivada.”

“...a equipe cada um tem sua função e tudo interligado, a enfermeira atende mas qualquer problema pergunta para mim, aqui temos um ambiente muito bom até entre médicos, a gente conversa, se for o caso, se um está ocupado o outro atende, aqui temos bom relacionamento.”

“Olha, todos nós temos um relacionamento muito bom, muito interessante”.

Motivos de Satisfação e Insatisfação com o Trabalho

De modo geral, os médicos mostraram-se muito satisfeitos em trabalhar no programa. A perspectiva do programa vir a ser um novo modelo assistencial é um dos principais pontos motivacionais. Relatam que o convívio com a comunidade e a possibilidade de acompanhar a evolução, não só do tratamento, mas da vida destas pessoas, aproxima-os da prática médica calcada na visão integral à saúde e da relação médico-paciente mais humanizada. Outro aspecto citado são as visitas domiciliares, que segundo alguns médicos, são uns dos pontos mais interessantes desta proposta. A forma afetiva com que são recepcionados por estas pessoas faz com que sintam valorizados os trabalhos por eles desenvolvidos.

A capacitação, por meio da educação continuada, também aparece como um fator positivo, assim como o desenvolvimento de ações educativas junto à população e a autonomia profissional. Esta última traduz-se na liberdade para elaborar o planejamento e montar a agenda, baseada nas avaliações das necessidades da comunidade junto à equipe.

“Você não trabalha só pelo dinheiro, tem pessoas agradecidas, tem pessoas que precisam, tem pessoas que ajudam, tem pessoas que quando você faz um trabalho mais sério mais a nível científico pode realizar pesquisas, tem o programa de educação continuada, que eu gostei muito, e sem contar que aqui, como se diz, as pessoas da periferia são agradecidas, são simples, são necessitadas, e você faz um trabalho necessário, isto seria porque é na periferia. É aautonomia, liberdade de escolher o trabalho, planejar e o resultado que a gente tem, fazemos um trabalho, e vemos o resultado e depende muito da sua dedicação, precisa de uma gerencia de uma fiscalização, de uma coordenação senão acho que não se faria tanta coisa que tem que fazer, mas acho que é uma boa coisa.”

“Visita domiciliar é quando me sinto mais distante do modelo tradicional de atendimento, é o momento que eu saio, vou conhecer um pouco da vida deles, vou entra na casa deles, ou quando vou desenvolver uma atividade de grupo na área.O atendimento digno ao paciente, a dignidade”.

“Você não precisa de ter tecnicamente o ar da história ... você não precisa ser tecnicamente 100% - você pode ser tecnicamente 70% - mas você tem que unir o

lado humano – e isso você consegue muito mais fácil quando você está trabalhando com famílias, porque você conhece a estrutura familiar, conhece o local em que ele está vivendo, conhece o porquê das coisas que ele está passando – você pode perguntar, você pode ir lá ver, você pode ir lá ver se ele está comendo o que você preconizou, você pode ir lá ver tudo o que você quiser ... Então, essa coisa mais chegada, essa coisa mais particularizada, esse trabalho com prevenção, trabalho com confiar que se você dá uma vacina ela vai imunizar e a pessoa não vai ter problema prá frente ... tudo isso me faz ver que é isso que eu quero fazer”.

“Eu gosto da visita e do grupo, do atendimento também, mas era uma coisa que eu já fazia então não é novidade, mas o que estamos fazendo agora é mais prazeroso, e a capacitação também”.

“Ambiente de trabalho muito bom, o envolvimento com o paciente, ser referência, continuidade no trabalho, voce conhece o paciente, gosto muito do grupo de puericultura, por causa do vinculo, nós fizemos o pre-natal e agora estamos fazendo a puericultura, o vinculo com a mãe e a criança é muito bom”.

“Então essa é a nossa vantagem. Tá realmente em cima do paciente, entrando na casa dele. Que eles não recusam que a gente entre”.

“Eu estou satisfeito. No geral, não me decepcionou. A única coisa foi essa coisa de aumentar a área sem um processo transparente, né?, como a coisa se desenvolveu. Mas eu to, assim, continuo muito animado”.

“É... eu estou em compasso de espera prá que isso se amplie. Eu quero ver isso ampliado, né? Eu quero ver a população sendo melhor atendida, né? Então, eu tenho ainda muita expectativa da ampliação, da criação de novos serviços, como a criação da Casa de Parto, aqui, que nós precisamos, a criação do espaço da oficina, nós precisamos muito desse espaço de oficina ... então, eu ainda estou aguardando. A gente já deu passos importantíssimos, mas ainda falta muita coisa. É essa possibilidade de fazer um trabalho educativo, que me encanta, né? ... que em nenhum outro local você vai fazer esse tipo de trabalho ... a proximidade que a gente tem com o paciente por conta do trabalho com os agentes comunitários, poder seguir o paciente ... você tem um acompanhamento desse paciente, você tem um acompanhamento dessa família ...Eu acho que isso é muito interessante”.

Um dos principais motivos de insatisfação refere-se à estrutura física e falta de material de trabalho.

Outro ponto citado foi à expansão da demanda, que na visão do grupo, foi superestimada. Isto porque, o ritmo deste movimento de expansão não foi acompanhado pela subsequente ampliação das equipes e redimensionamento dos postos de saúde, ocasionando sobrecarga no atendimento. Esta insatisfação traduz-se num sentimento de frustração, colocando em xeque as propostas originais e a continuidade do programa.

“... eu não tenho uma resposta para o atendimento do aumento da demanda, não tenho uma resposta de como eu vou trabalhar com essa demanda, como eu vou adequar minha atividade médica de médico de família e médico de pronto atendimento... a gente se vê muito voltado para a doença, quando a gente sabe que teria que trabalhar com a prevenção, mas tem tanta doença que te sobra pouco tempo para a prevenção, eu queria mais tempo para sair da minha unidade para visitar meus doentes, mas eu tenho que ficar aqui e isso gera frustração... O projeto família é uma coisa difícil, e de uma hora para outra se resolveu abrir o qualis para uma demanda monstruosa e ninguém discutiu, o projeto é família, é acolhimento, vamos dividir, uma parte faz pronto atendimento, a outra faz eleição de família, vamos trabalhar para levar essa demanda para frente, eu acho que a maneira que foi implantado foi extremamente cruel porque você quer atender família que leva tempo, mas tem a demanda, isso caminha mal para o QUALIS.”

“Parece que cada dia a gente tem que brigar um pouquinho com o mundo, brigar com determinadas pessoas que têm cabeça dura – usuários, alguns usuários – mas essa briga é pequena ... e eu acho que a gente resolveria em pouco tempo se a gente saísse mais, se não ficasse tão preso aqui, e é isso que nós estamos programando prá fazer... a pauperização dessa comunidade, que a gente já assiste ...Começou no QUALIS, e hoje eu estou vendo que as ações estão se encaminhando prá ser um QUALIS ...o que tinha de procura há 3 anos atrás – está certo que é pouco conhecido – e o que tem de procura hoje, é um absurdo. São pessoas que perderam o poder aquisitivo, perderam o convênio, e estão vindo prá cá. Então, você cruzar tudo isso – quer dizer, antes, você cruzar 200 famílias era uma coisa; hoje, ter as mesmas 200 é outra coisa.”

“Essa incerteza, será que vai ou não, tem que ser mais real e definitiva. (a proposta QUALIS).”

“... A demanda é forte, é muita atividade, né?, mas eu ... acho que ... não me decepcionou. A única coisa foi essa coisa de aumentar a área sem um processo transparente, né?, como a coisa se desenvolveu. Mas eu to, assim, continuo muito animado”.

“E como a minha área tinha 800 famílias, então vai ter um aumento de uns 400. Aquelas que já tinham próximo de 1000 vai ter um aumento de 200... Mas ficou muito claro... os mecanismos que levaram a esse aumento. É, não foi nada democrático, né? E foi muito... além de nada democrático e... claro, ele foi velado...”.

O sentimento de impotência, perante os problemas sociais enfrentados pela comunidade, embora menos freqüente, foi outra questão levantada durante as entrevistas.

“Fazer coisas que não estão planejadas ou que foram planejadas e tenho que mudar. Não conseguir resolver problemas de saúde por estarem relacionados a problemas sociais”.

“Coisas que eu não posso ter acesso. Por exemplo a carência social, a dificuldade cultural da população, o analfabetismo”.

A desvalorização dos recursos humanos, por parte do agente parceiro, também foi citada como motivo de insatisfação. No caso específico, o fato do hospital de referência também ser da instituição parceira, favoreceu um movimento migratório de profissionais do hospital para o QUALIS. Desta forma, ficaram instituídos dois pisos de remuneração para a mesma categoria profissional, decorrendo num determinado estresse entre os funcionários do hospital e os da equipe do QUALIS.

“E o valor humano, o recurso humano do QUALIS precisa ser valorizado – ele não é valorizado. Ele começou sendo valorizado, tentando ser valorizado”... Existe uma rivalidade (QUALIS x Hospital Santa Marcelina). Eles acham que a gente... eu, como fui de lá, sou de lá ainda, né?Eu vejo assim... Os funcionários... Foi passado pros funcionários, não sei como, não sei por que via, que nós ganhamos mais do que eles. Não, nós ganhamos o mesmo tanto que uma pessoa que faz 8 horas lá ganha. Está

certo? Eu sei, porque eu era de lá. O meu salário dobrou, só que triplicou o meu trabalho. Triplicou. Não dobrou o meu trabalho – triplicou”.

A inserção do “acolhimento” no processo de trabalho das equipes também foi um fator questionado por alguns médicos. Segundo alguns entrevistados, esta atividade, de certa forma, dificultou a compreensão, por parte da população, da necessidade de agendamento e de ingresso no programa por meio dos mecanismos pré-estabelecidos.

“O que menos me agrada? Às vezes, é...essa coisa do paciente ... do acolhimento, como a gente chama, sabe? Do paciente que nunca passa, nunca passa, fica só passando no acolhimento, e, quando não consegue, briga, e faz esse tipo de coisa...”.

“Algumas atividades que eu não concordo, por exemplo o acolhimento, ele abriu a unidade para quem não conseguia entrar, porque que eu vou naquela consulta às sete horas da manhã se eu posso ir mais tarde?”

Capacitação

De todos os médicos que foram entrevistados, apenas um negou ter passado por algum processo de capacitação.

De maneira geral, os treinamentos ocorreram paralelamente ao início de suas atividades no QUALIS, sob forma de educação continuada.

Os médicos qualificam a importância deste treinamento, dispõem-se a participar, valorizam a organização e concordam na pertinência dos conteúdos programáticos, que apresentam como grande vantagem, a diversidade na composição dos tópicos.

“O treinamento começou junto com a nossa atividade. Olha, o treinamento foi muuuuito bom”.

"Hoje também com o QUALIS eu tenho até mais chance de acompanhar, porque a própria coordenação fornece atualização e educação continuada. Quarta agora vou a uma atualização sobre diabetes, lá na Escola Paulista. Depois que entrei pro Quális estou estudando mais."

“... discussões de casos, tem que ler e estudar muito... 1 dia por semana de capacitação... A capacitação é imprescindível porque como é muita correria, e o período que você destina para isso. Pediatria foi 10, G.O. nem tanto.”

“É tem aula de um pouquinho de tudo, pediatria, clínica.... fiz curso de tuberculose e outro de epidemiologia...”

“Educação continuada com professores da USP - pediatria, clínica, GO, e discussão de casos”.

“São aulas que tivemos durante 6 meses.recebemos o curso de capacitação, que foi super importante, são cursos uma vez por semana o dia todo, e tinha um cronograma, cada dia sobre um tema, cardiologia, ginecologia e era lá na secretaria, tinha o pessoal da zona leste e da zona norte.”

Observa-se que, alguns dos entrevistados, sentem a ausência de abordagens referentes à organização dos processos de trabalho e interação com a equipe. É possível que parte desta carência relacione-se à prática diferenciada que o modelo impõe, decorrendo numa determinada insegurança e na necessidade de orientação e processos de capacitação contínuos.

“Um problema da capacitação é aprender a trabalhar em equipe e a utilizar os dados para organizar o trabalho”.

“O primeiro ano de treinamento... aliás, eu pedi que nós participássemos – nós, médicos. Eu e o Oscar participamos – do planejamento, do treinamento, da capacitação deste ano, porque nós achamos que o treinamento do ano passado foi muito atualização terapêutica. E, justamente o contato que a gente faz é da percepção que os elementos que nós podemos trabalhar vão muito além ... e quando se fala em atualização terapêutica fala-se em atualização do uso de medicamentos, né? – que não é atualização terapêutica. Então, o pleiteado foi que se entrasse mais ... o foco fosse mais que isso, os recursos de intervenção terapêutica, para os elementos que o programa de saúde da família oferece. Ou seja, se fosse uma capacitação dupla ... que os “capacitadores” pudessem ser capacitados – às vezes até por nós – no próprio processo, né? do que é o programa de saúde da família, de quais as possibilidades que muitos deles jamais pensaram que existia de se lidar com a doença, que nós temos, e, a partir daí, não só daquilo que eles já conhecem, como um modelo de

intervenção terapêutica, mas até baseados realidade, nos nossos instrumentos de trabalho.”

Condições de Trabalho

Houve concordância de que a falta de material de trabalho e/ou suporte para manutenção dos equipamentos são os maiores entraves à execução das atividades operacionais.

Dentre estes materiais, destacam-se os medicamentos e equipamentos tais como balança, estetoscópio e insumos para atendimento de urgência/emergência. A ausência de computadores e linhas telefônicas também é relatada, dificultando a comunicação com os centros de referência e às atividades voltadas à administração do próprio posto.

“Ah, eu acho que eu preciso de um computador. Por quê? Porque ... não é um computador prá mim, não. Aqui tinha que ter um computador – aliás, eu acho isso muito razoável”.

“... eu diminuiria essa carência de linhas telefônicas terrível, né?, porque nós temos até elementos prá conseguir exames, tem o centro controlador, que é uma instância metropolitana ... mas não tem linha, não tem como falar ... a falta de linha, a falta de computador, a coisa das auxiliares, né?”

“Não são todas salas que tem balança, são poucos médicos que têm. A gente tem esfigmo, infantil e adulto, tem esteto adulto e infantil. Nosso problema é quando quebra, ou que precisa fazer revisão, tal, você não tem pra substituir. Às vezes demora uma semana e tal que voltar, porque vai pro núcleo, tal, aquela burocracia. Mas a gente acaba, ou traz de casa, ou um empresta pro outro, em caso de balança, a gente anda com a criança pelada no corredor, porque a mãe tá na outra sala.”

“... pessoalmente já passei vários sufocos aqui – não tem um material de emergência, de primeiros-socorros, assim. Já teve uma maleta, assim, que a gente tentou formar, mas nunca ela está perfeita, né?”

“... Falta medicamentos as vezes até básicos”

Outro problema identificado em algumas falas refere-se à falta de espaço físico, tanto para o atendimento como para o desenvolvimento de outras atividades como reuniões de equipe, grupos educativos, etc.

“Então, essa coisa de circulação – um tromba no outro aqui dentro – essa coisa de circulação está limitando o nosso trabalho, está fazendo com que as pessoas fiquem um pouquinho mais enraivecidas, porque essa coisa de espaço é sufocante, né?”

“No meu trabalho o que falta aqui é espaço físico, não tem divisória, não tem privacidade no consultório”.

Sugestões para o Programa

Uma primeira observação importante refere-se ao interesse expresso para que se instaure um canal de comunicação ágil com a coordenação, que acolha suas idéias e sugestões. Isto evidencia que, alguns destes profissionais, não se vêem apenas como executores das decisões tomadas na linha de comando do QUALIS, mas que esperam participar efetivamente da construção e condução do programa.

“Quer dizer, você administra a assistência, o todo... porque depende... das nossas ações nós vamos precisar elaborar, planejar, prá poder atuar. Então, nós não somos meros repassadores. Por isso, nós precisamos dar opinião, ter opinião, ser ouvidos ... e existir uma estrutura que seja assim, vamos dizer assim, que acolha esse nosso anseio... Porque nós somos os produtores do trabalho, nós, eu digo, a equipe, mas essa equipe tem que ser participativa, ela tem que opinar, ela tem que dizer – por quê? Porque é essa equipe, são essas pessoas, os efetutores do trabalho, fizeram o levantamento de qual a prevalência dos dados aqui, os dados epidemiológicos todos, então somos nós que sabemos por que caminho a gente acha melhor isso ir.”

Quanto a sugestão expressa mais com mais frequência, esta se refere á expansão do programa e à necessidade de vontade política de consolida-lo como modelo assistencial para o sistema, frente a sua resolutividade e aos resultados já alcançados.

“Ah, eu acho que deve ser, né? ... é um modelo que deve ser multiplicado...”

“Vontade política, dinheiro para expansão. Não custa caro a nível imediato e a nível pra frente, nem fala, é barato. O fato de você tirar um paciente internado, você evitar a grande busca do serviço secundário e terciário lá este mesmo paciente custa muito mais caro. A pequeno prazo, não é caro. Em longo prazo, a gente custa n\mais barato ainda. É vontade política mesmo. Porque recursos eles sempre têm que aparecer. Não é um dever do Estado?! A gente votou neles pra eles viabilizarem isto.”

Esta consolidação, entretanto, depende também de alguns ajustes, frente a alguns problemas identificados – a mais freqüente se refere à proposta de ampliação da equipe, com a inserção de profissionais que fazem falta na composição da mesma, tais como pediatra, terapeuta ocupacional, psicólogo, fisioterapeuta e fonoaudiólogo; em que se pese a inviabilidade de se manter um quadro com todos estes profissionais para cada equipe. Esta sugestão parece representar também a percepção dos médicos diante da dificuldade de responder ao conjunto de demandas apresentadas pelo trabalho no PSF, em particular em áreas onde suas competências não estejam tão bem desenvolvidas, como integração/ articulação com a comunidade (serviço social) e abordagens psico-afetivas (psicólogo). É interessante observar que estas demandas se apresentam justamente nas áreas em que os profissionais caracterizam como o diferencial do QUALIS, frente aos outros modelos. Pode representar também um certo desconhecimento do médico sobre quais seriam os limites da sua intervenção e sobre quais problemas deveriam atuar efetivamente.

O estabelecimento de critérios mais delineados para um dimensionamento do número de famílias plausível, para cada equipe, também é mencionado ao longo do texto, até porque, a demanda superestimada é um dos motivos de insatisfação mais freqüentes por parte dos médicos.

Surtem também reivindicações por melhores condições de trabalho, que se expressam no descontentamento perante a falta de material de trabalho e de medicamentos; bem como na ausência de fluxos de processos de trabalho mais

padronizados, que redundam em dificuldades na organização das atividades da equipe.

“... falta firmar a proposta mesmo e não ter mais essas recaídas, como falta de verba, falta de medicamentos, ter um quadro completo na equipe não aumentar a população, e sim a equipe, talvez um pediatra...”

“Implantação de protocolo de competências, de divisão de trabalho .Temos uma equipe a gente dividi um pouco prá consulta de enfermagem, consulta médica seguindo um protocolo que a gente padronizou, pela coordenação”.

“Nós não podemos pensar pequeno. O que é contratar um terapeuta ocupacional, um assistente social, um psicólogo – que seja um, primeiramente, prá todos os QUALIS... mas que dê alguma orientação. É o mínimo...acho que prá cada 3, 4 postos, poderia ser contratado um, que é um assistente social. ”

“A relação com a Odontologia é um pouco complicada, pois não podemos encaminhar casos para eles - quando surgem vagas os agentes captam... Seria importante um fisioterapeuta para a unidade, não para as equipes, porque tem muitos acamados”.

“... assistente social seria muito importante também, então psicólogo, dentista e psiquiatra, talvez um fisioterapeuta, temos muitos pacientes acamados que não tem condições de ir ao hospital para fazer fisioterapia, e ai lotaria os hospitais com tetraplégicos e paraplégicos, fora os acamados. Se a gente tivesse um profissional trabalhando aqui, ele não iria dar conta e trabalhando o dia todo porque há muitas pessoas deficientes, e nem sempre os profissionais do posto podem fazer a fisioterapia ou sabem , tem idéia mais ou menos mas não são capacitados, não são especialistas.”

“Outra coisa que eu acho que seria interessante a gente ter ... colocar o pessoal das especialidades num ambulatório de especialidades, e colocar mais especialidades, que basicamente seria urologia, ortopedia e reumatologia. Um pouco por conta dos meus caquinhos aqui, né? Eu acho que se pudesse, ter mais uma auxiliar de enfermagem por equipe, seria bom ... E ... as outras equipes que seria ... fono, fisio ... seria interessante se a gente pudesse contar.”

Também dão ênfase à continuidade e expansão dos programas de educação continuada, propondo a ampliação para todos os profissionais da equipe. Demandam também articulações com instituições acadêmicas, na expectativa que uma interação maior com a universidade proporcione um melhor acesso às atividades de capacitação e atualização. Aqui mais uma vez fica claro certa insegurança dos médicos face ao que o projeto se propõe a realizar.

“... Eu acho que a gente deve ter um relacionamento com as universidades, prá o conhecimento científico que está elaborado lá, de ponta, chegar até a gente e a gente estudar a maior forma de atingir o nosso objetivo, né.”

“Eu proporia algumas coisas assim: a educação continuada eu já fiz a proposta, a gente está fazendo, que à proposta que eu fiz é de educação continuada de todos os profissionais e de fazer com todas as unidades. Então, os agentes de todas as unidades seriam mesclados por grupos e seriam treinados. Não só os daqui, como a gente faz, mas de todos. Porque eu sei que em outros locais eles não estão sendo treinados.”

“... Para a expansão: primeira coisa mão-de-obra, treinamento. É fácil ter dinheiro, montar, mas falta pessoal capacitado e treinado e com muita vontade. Expansão para a rede através de parcerias como as atuais”.

Planos para o Futuro

Ao discutirem seus planos para o futuro, a maioria dos entrevistados manifestam o desejo de permanecerem no programa. Entretanto, apesar de aparentemente gostarem do que fazem, alguns exprimem receio quanto à continuidade do QUALIS.

Menções à relativa instabilidade nas políticas de saúde pública, em geral, associadas às inerentes mudanças geradas pelas trocas na gestão e às descontinuidades decorrentes destes processos, também se fazem presentes.

Percebe-se, para além da continuidade das políticas uma relativa insegurança também com o próprio futuro enquanto médico de família, como uma “carreira ou especialidade” menos protegida em relação a outras áreas. Mesmo assim, observa-se estímulo para realização de cursos de capacitação e pós-graduação, com vistas a prosseguir na prática de saúde coletiva, enfatizando o desejo de desenvolver ações educativas junto à comunidade.

A maioria dos entrevistados aparenta satisfação em trabalhar no programa, e demonstra, claramente, à intenção de permanecer no projeto, por sentirem-se motivados e realizados profissionalmente.

“... gosto de saúde pública e aqui no Brasil ela é totalmente dependente da política atual. Se estivesse seguindo uma especialidade, era mais tranqüilo, eu ia montar um consultório ia ficar ligada a convênios médicos, a atendimento particulóide, teria mais tranqüilidade no futuro, mas com saúde pública eu me preocupo... Eu sei que não vou ter segurança nenhuma, vou ter que batalhar até os 60,70 anos e ter uma aposentadoria miserável. Eu não sou militar, não sou política pra... ter uma aposentadoria astronômica, o que resta do futuro é meio apavorante até”.

“Olhe, eu ... eu vejo, assim: neste momento, o programa de saúde da família, essa entidade em si, eu estou satisfeito com ela. Eu não sei nem te dizer de que modo, e como, e o que vai ser daqui prá frente, como será e o que eu vou fazer ... mas que esse ambiente ... me estimula, isso é verdade”

“Acho que enquanto tiver QUALIS eu vou continuar aqui. Embora a gente não saiba quanto tempo isto vai durar, estou procurando fazer outros cursos, agora se soubesse que isto não vai acabar eu investiria em cursos de saúde pública, talvez até mestrado, é uma insegurança no país que não tem uma política constante, os governos mudam. Mas tenho medo de investir e mude o governador e não exista mais isto, quando acabar aqui irei para outro estado e quando acabar todos abrirei um consultório particular”.

“Eu me espero, assim, velhinha, trabalhando no QUALIS. Eu não me vejo muito trabalhando num outro projeto. Eu gostaria de continuar estar fazendo um trabalho como o que a gente faz aqui.”

“E trabalhar um pouco mais na área educativa. Eu acho... eu tenho uma formação que me permite fazer um bom trabalho na área educativa... de educação em saúde, né? Eu gostaria... não é plano, é desejo... Mas eu quero fazer mestrado, futuramente, na área de educação em saúde. E eu sou agente pastoral há muitos anos. E eu comecei a fazer o curso de Teologia. Só não terminei ainda. Ainda não deu tempo de terminar”.

Numa outra perspectiva, aparecem os médicos que permanecem no programa até que surjam oportunidades de trabalho melhores ou que sintam a necessidade de enfrentar novos desafios profissionais.

“Só se aparecer uma proposta melhor, que por enquanto é difícil, eu prefiro me manter aqui...”.

“Eu vou ficando por aqui eu gosto muito, nunca fui de programar muito, de procurar muito, as coisas acontecem, por enquanto eu tô aqui, quando não curtir mais vou embora, mas por enquanto estou muito satisfeita”.

Já um terceiro ponto de vista, é o daquele profissional que, apesar de mobilizar-se com as propostas do programa, não consegue enxergar-se trabalhando no projeto em longo prazo; quer seja por não se identificar inteiramente com o QUALIS, ou por não conseguir administrar as exigências que o próprio programa demanda - a de uma inserção profissional polivalente e a do envolvimento com uma realidade social difícil e desgastante.

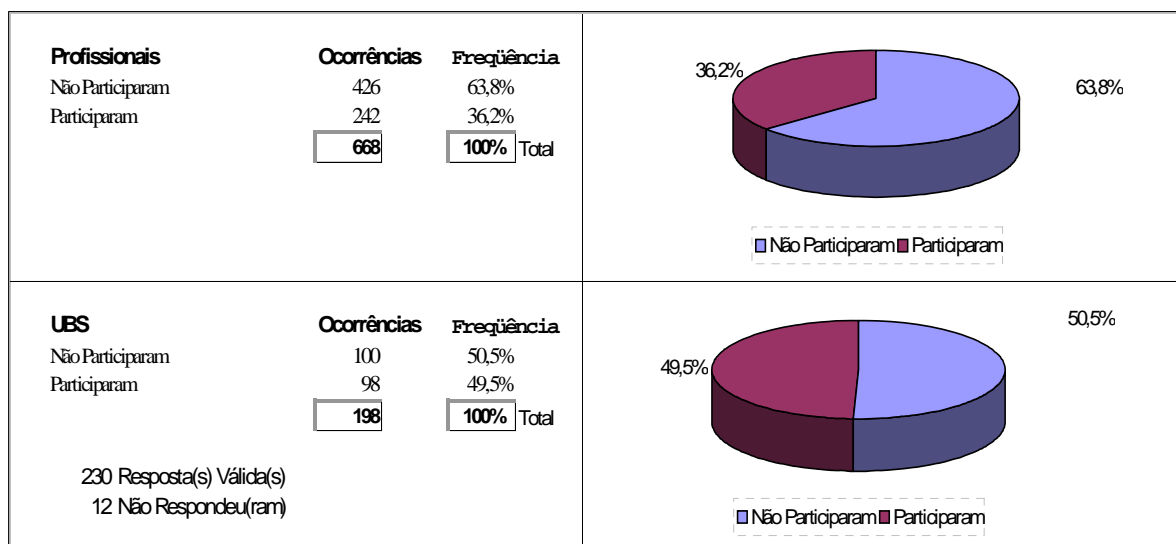
“Com certeza não vou ficar como médico de família, é um trabalho muito bonito, mas muito estafante, é clínico, social se lida com uma equipe, gera frustração, e quando esta for maior que a satisfação, está na hora de sair, para quem lida com tanta pobreza, tanta miséria, acho que sete anos é o limite, quatro anos já começa a mudar. É claro que se a frustração é maior está na hora de mudar para pessoas mais novas, sou competente mas sei a hora de parar, adoro o que faço.”

1.2 - OS MÉDICOS DO PSF NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Introdução

Tabela 8 - Distribuição percentual dos Médicos e UBS, segundo participação na pesquisa, no PSF/SMS/SP, 2004.

Gráfico 7 - Distribuição percentual dos Médicos e UBS, segundo participação na pesquisa, no PSF/SMS/SP, 2004.



Dos 668 médicos contratados pela SMS/parceiros em 2004, 242 – 36,2% responderam ao questionário. Estes médicos atuavam em 98 - 49,5% das UBS onde existiam médicos de família, na SMS.

Esta amostra, que representa um número importante de médicos em atividade no PSF no município de São Paulo, se constitui, entretanto, através de uma participação bastante diferenciada em relação aos parceiros.

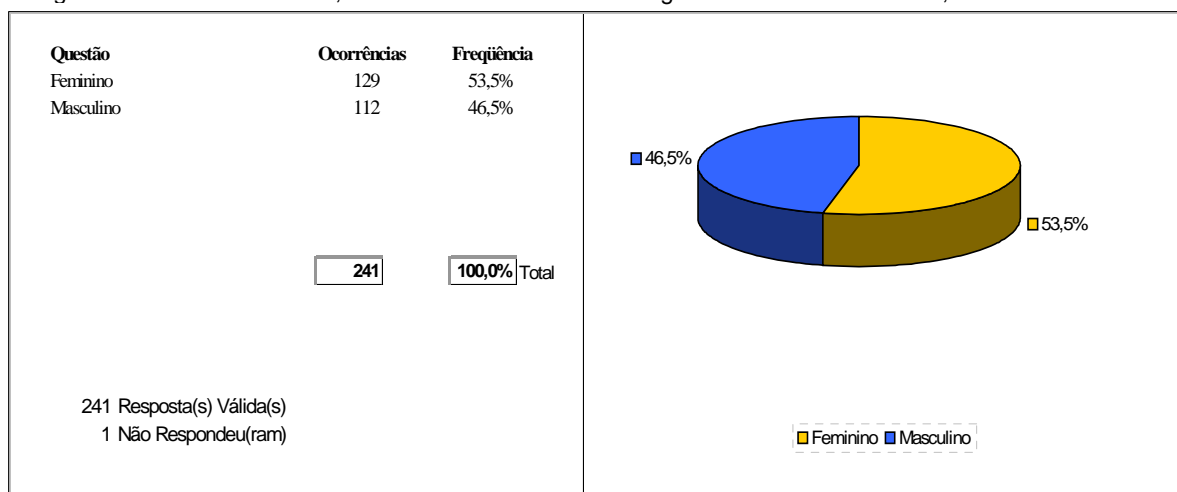
Assim, alguns apresentaram uma alta participação de seus profissionais – UNISA (81,8%); Instituto Adventista de Ensino (75%); outros uma participação intermediária – FFMUSP (57,1%); Fundação Zerbini (52,7%); AC Monte Azul (50%); ACSC (48,6%); outros ainda uma baixa participação – Santa Casa (33,3%); CEJAM (32,6%); UNIFESP (28%); ASF (19%); CSSS (17,5%) e finalmente nenhuma participação do HIAE. Assim, como o peso destas instituições na contratação do total de médicos do PSF também é diferenciado, algumas instituições acabaram por ter uma representação relativa na pesquisa diferente da realidade. Assim, a Casa de Saúde Santa Marcelina, a UNIFESP e a Associação Saúde da Família, responsáveis, respectivamente pela contratação de 26%, 11% e 9,4% dos médicos do PSF, contam,

na pesquisa com 13%, 8,8% e 5% dos entrevistados. Já FFMUSP, AC Monte Azul, Fundação Zerbini, AC Santa Catarina e principalmente UNISA e IAE, responsáveis pela contratação de 4,2%, 6,6%, 8,2%, 10,8%, 4,9% e 5,4% contam com representação na pesquisa de 6,7%, 9,2%, 12,1%, 14,6% e 11,3%, 11,3% dos médicos entrevistados.

Esta sobre-representação de alguns parceiros em relação a outros acarreta, também, uma representação diferenciada de regiões em relações a outras, conforme se observa mais adiante, nos próximos capítulos.

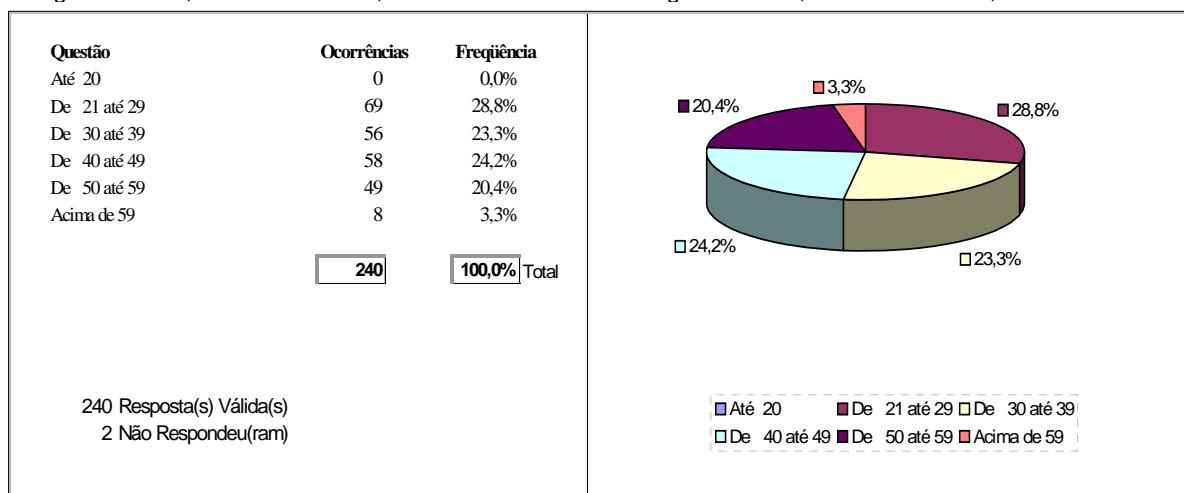
Caracterização Sócio Demográfica

Tabela 9 - Distribuição Percentual dos Médicos, segundo sexo. PSF/SMS/SP, 2004.

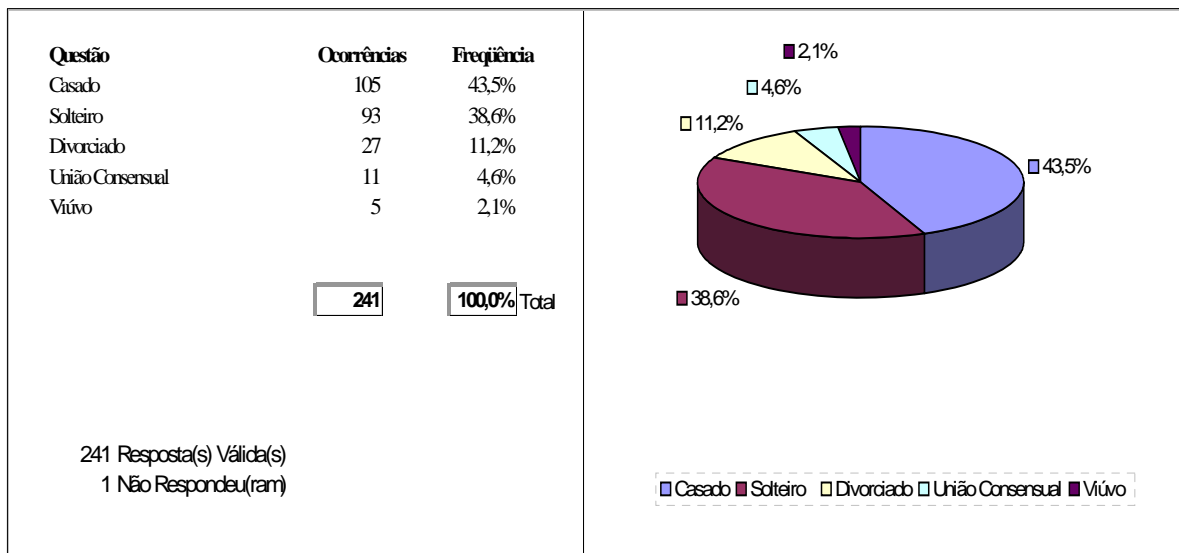


A distribuição dos médicos do PSF, por sexo, identifica um ligeiro predomínio de mulheres em relação aos homens (53,5% a 46,5%). Este predomínio feminino não se reproduz para o conjunto da profissão médica em atividade, ainda que a feminização da profissão represente um movimento crescente entre os profissionais mais jovens.

Tabela 10 - Distribuição Percentual dos Médicos, segundo idade, no PSF/SMS/SP, 2004.



A distribuição etária dos médicos é bastante homogênea entre as diversas faixas analisadas. Chama atenção, entretanto, o alto percentual (28,8%) de médicos com até 29 anos de idade, considerando-se que a maioria destes profissionais forma-se em



torno de 24 anos. A maioria dos profissionais concentra-se entre 30 e 49 anos (47,5%), e 23,7% tem acima de 50 anos.

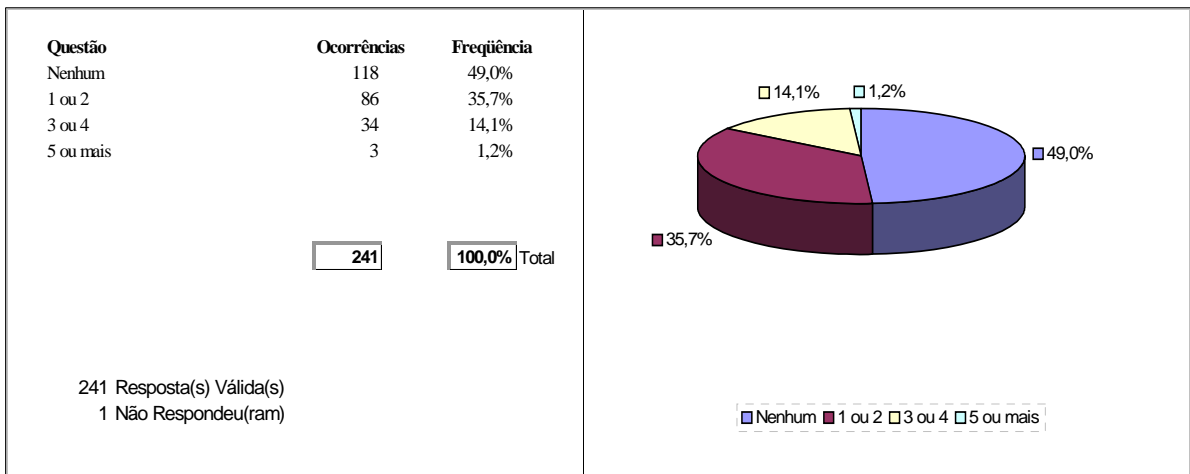
Tabela 11 - Distribuição Percentual dos Médicos, segundo estado civil, no PSF/SMS/SP, 2004.

Gráfico 10 - Distribuição Percentual dos Médicos, segundo estado civil, no PSF/SMS/SP,

A distribuição entre casados (43,5%) e solteiros (38,6%) é bastante próxima, com um percentual menor de divorciados (11,2%), seguidos daqueles em situação de união consensual (4,6%) e viúvos (2,1%). Se considerarmos aqueles com parceiro estável referido, com aqueles sem parceiro estável a relação se inverte, porém ainda com percentuais bastante próximos.

Tabela 12 - Distribuição Percentual dos Médicos, segundo o número de filhos, no PSF/SMS/SP, 2004.

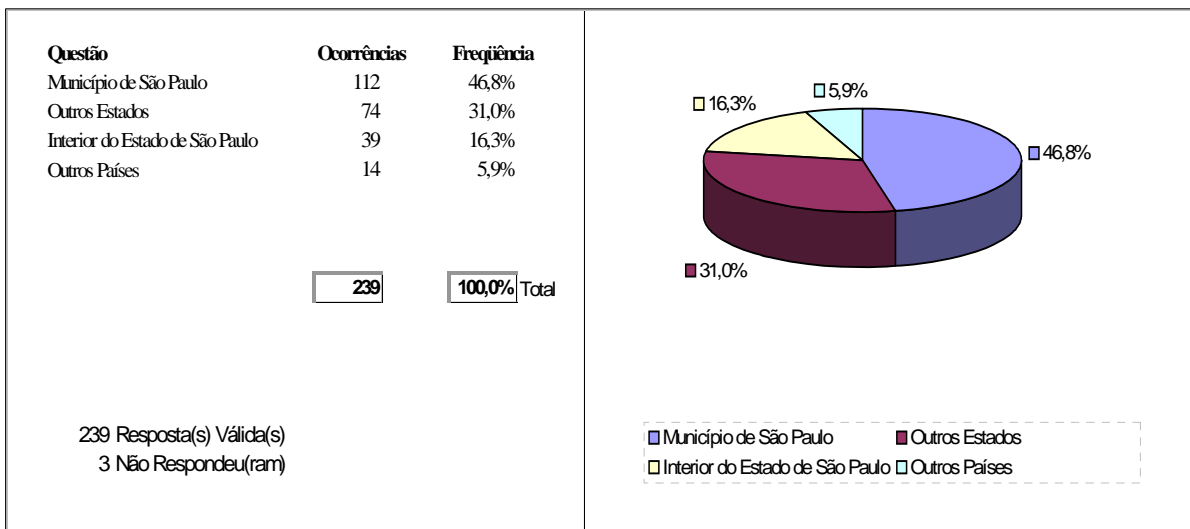
Gráfico 11 - Distribuição Percentual dos Médicos, segundo o número de filhos, no PSF/SMS/SP, 2004.



O percentual de profissionais com filhos e sem filhos é bastante parecido (51% a 49%), entretanto o percentual de profissionais com 3 ou mais filhos (15,3%) é bastante reduzido em relação aos demais. Ou seja, os profissionais médicos do PSF não têm muitos filhos.

Tabela 13 - Distribuição Percentual dos Médicos, segundo local de nascimento, no PSF/SMS/SP, 2004.

Gráfico 12 - Distribuição Percentual dos Médicos, segundo local de nascimento, no PSF/SMS/SP, 2004

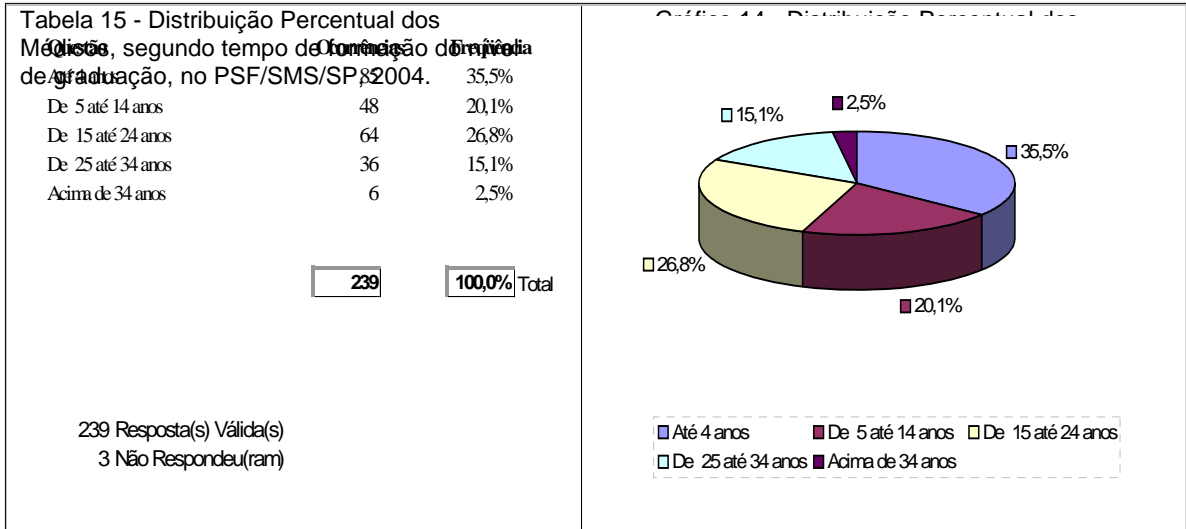


A maioria dos profissionais é nascida no município (46,8%), porém identifica-se uma alta participação de profissionais de outros estados (31%) e alta participação relativa de profissionais estrangeiros (5,9%).

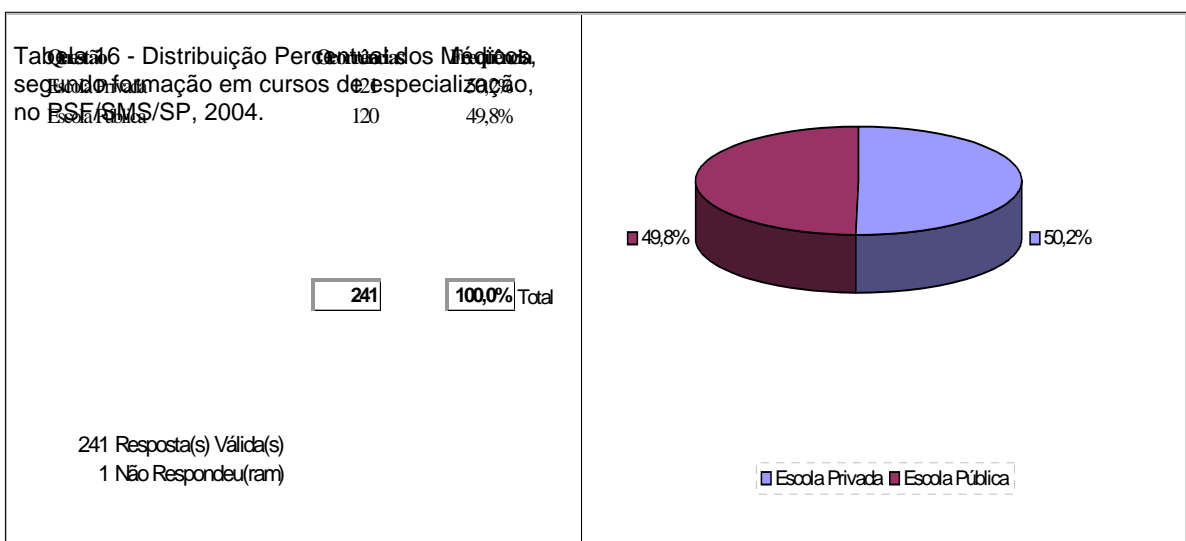
Tabela 14 - Distribuição Percentual dos Médicos, segundo local de graduação, no PSF/SMS/SP, 2004.

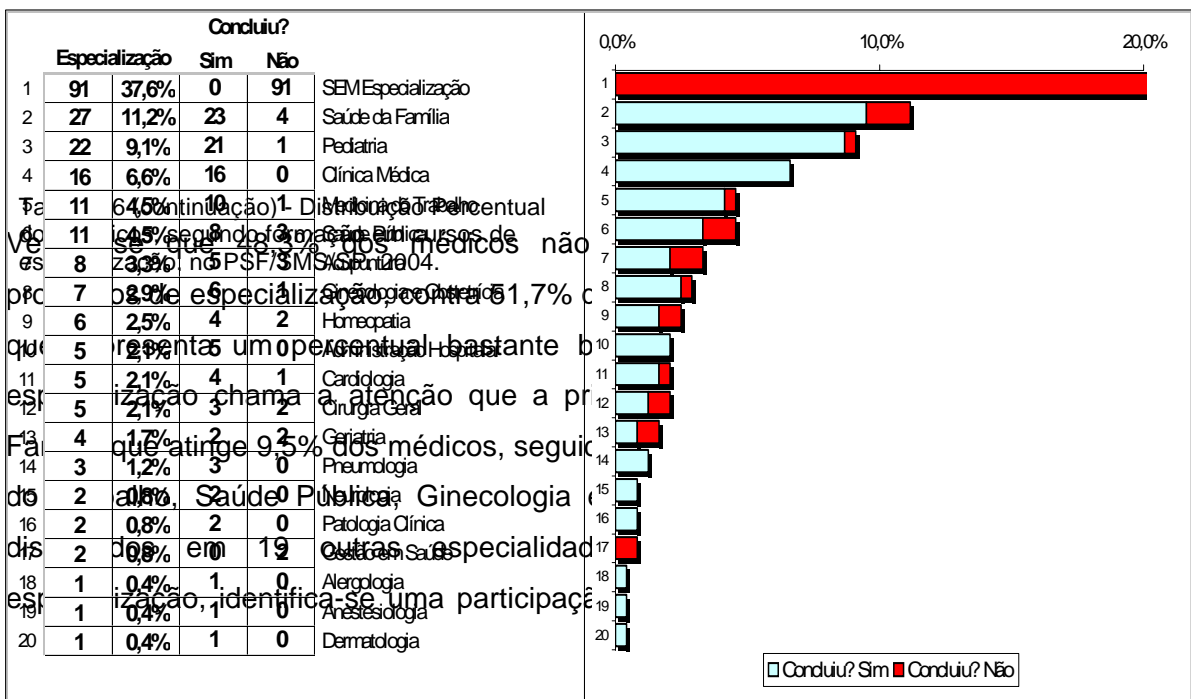
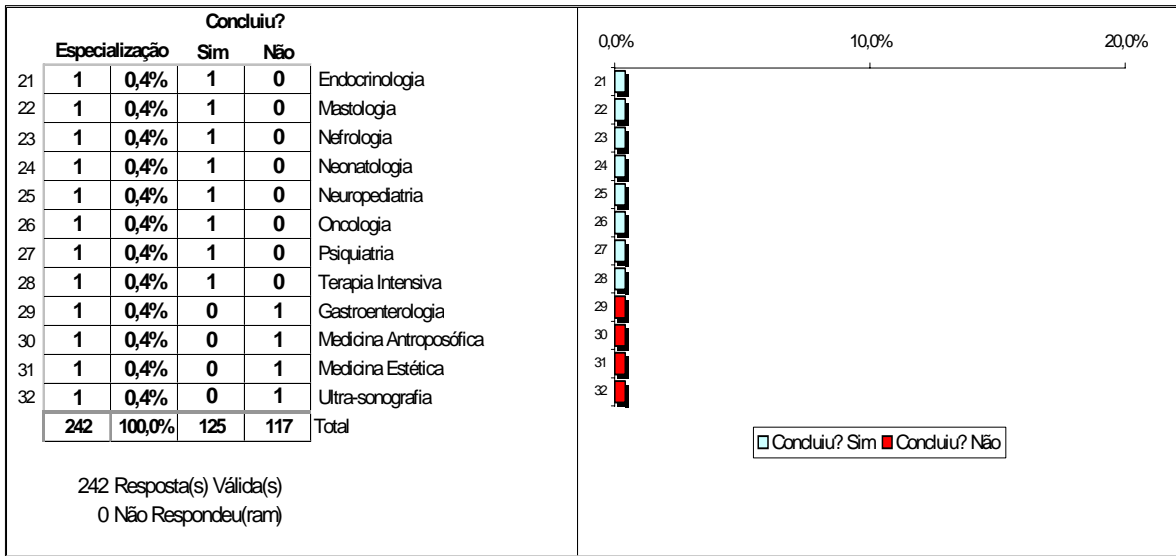
Gráfico 13 - Distribuição Percentual dos Médicos, segundo local de graduação, no PSF/SMS/SP, 2004.

A participação dos profissionais graduados em escolas públicas (49,8%) é praticamente idêntica àqueles graduados em escolas privadas (50,2%).



Identifica-se uma alta participação de profissionais com até 4 anos de formados (35,5%), com 55% dos profissionais com até 14 anos, o que representa um alto percentual de médicos jovens. Por outro lado, a distribuição, por faixa etária apresenta uma curva bi-modal, com concentração maior na faixa de até 4 anos de formado, seguido dos profissionais entre 15 e 24 anos (26,8%).





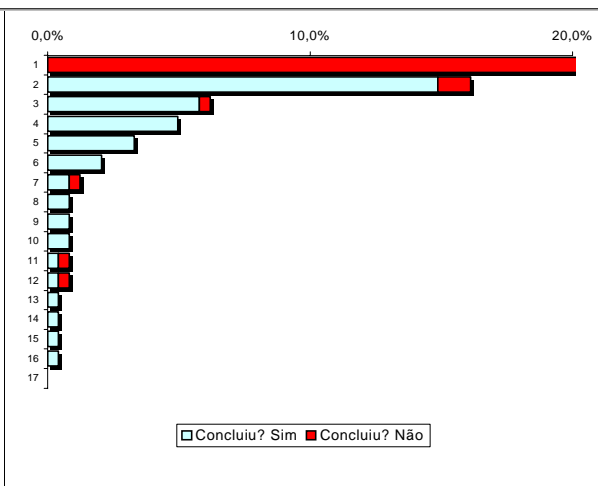
outro lado, entre aqueles que são especialistas a diversidade é muito grande o que pode ser um complicador para o desenvolvimento de estratégias de qualificação.

Tabela 17 - Distribuição Percentual dos Médicos, segundo formação em cursos de residência médica, no PSF/SMS/SP, 2004.

Especialização	Concluiu?		Total
	Sim	Não	
1	145	0	145
2	39	36	75
3	15	14	29
4	12	12	24
5	8	8	16
6	5	5	10
7	3	2	5
8	2	2	4
9	2	2	4
10	2	2	4
11	2	1	3
12	2	1	3
13	1	1	2
14	1	1	2
15	1	1	2
16	1	1	2
17	1	0	1
Total	242	89	331

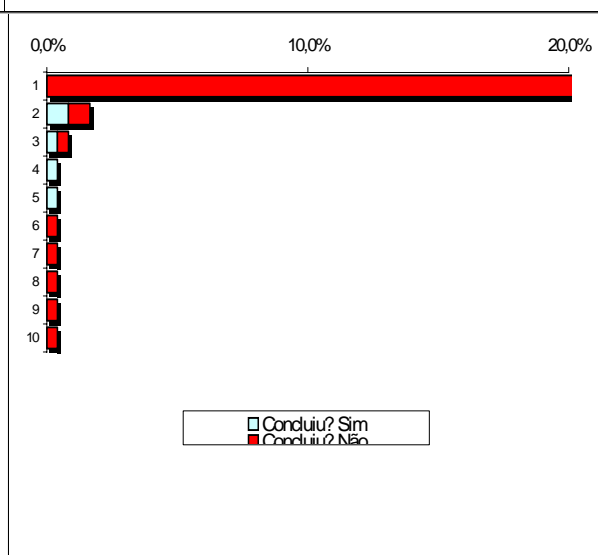
242 Resposta(s) Válida(s)
0 Não Respondeu(ram)

Gráfico 16 - Distribuição Percentual dos Médicos, segundo formação em cursos de residência, no PSF/SMS/SP, 2004.



Especialização	Concluiu?		Total
	Sim	Não	
1	229	0	229
2	4	2	6
3	2	1	3
4	1	1	2
5	1	1	2
6	1	1	2
7	1	1	2
8	1	1	2
9	1	1	2
10	1	1	2
Total	242	5	247

242 Resposta(s) Válida(s)
0 Não Respondeu(ram)



Se a especialização é baixa, o número de profissionais sem Residência Médica é maior ainda (63%). Dentre aqueles que possuem residência a participação mais significativa é a da Pediatria, seguida da Ginecologia e Obstetrícia, Clínica Médica, Cirurgia Geral e já começando a aparecer Saúde da Família. Outros 14 médicos (5,7% do total), distribuem-se por 14 outras especialidades.

Tabela 18 - Distribuição Percentual dos Médicos, segundo formação em mestrado, no PSF/SMS/SP, 2004.

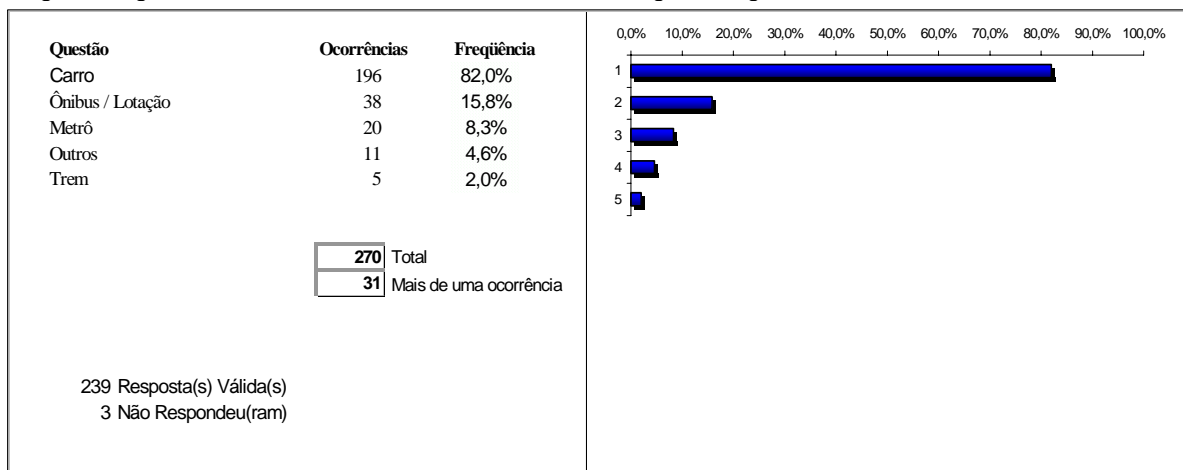
Gráfico 17 - Distribuição Percentual dos Médicos, segundo formação em mestrado, no PSF/SMS/SP, 2004.

A pós-graduação sensu-stricto é bastante baixa. Apenas 13 profissionais (5,4%) iniciaram mestrado, dos quais 5 (2%) o concluíram. Quanto ao doutorado, nenhum profissional, entre os que responderam ao questionário, o iniciou.

Local de Moradia e Condições de Acesso ao Local de Trabalho

Tabela 19 - Distribuição percentual dos Médicos, segundo região de moradia, no PSF/SMS/SP, 2004.

Gráfico 18 - Distribuição percentual dos Médicos, segundo região de moradia, no PSF/SMS/SP, 2004.

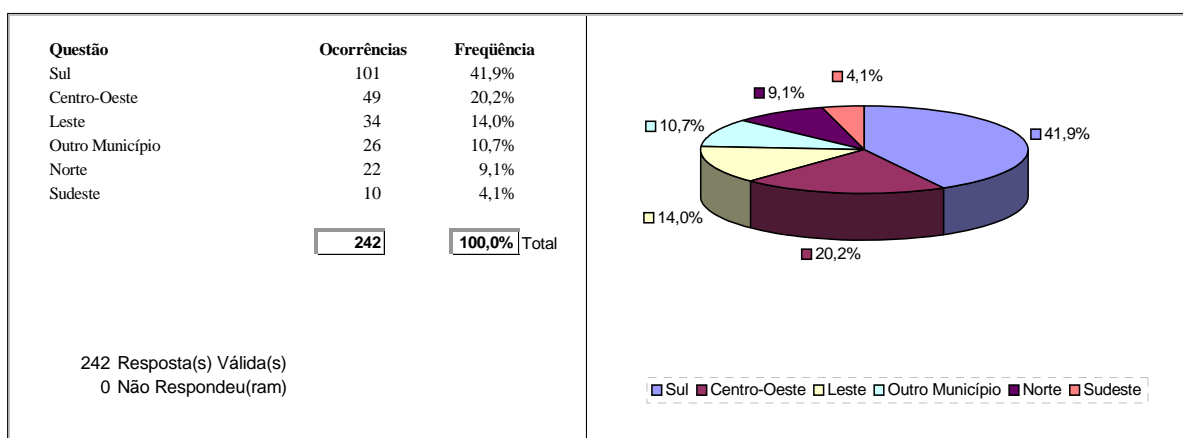


Observa-se na tabela acima que 41,9% dos médicos moram na Região Sul, seguidos da Região Centro-Oeste (20,2%), 14 % na Região Leste; 10,7% em outros municípios, 9,1% na Região Norte e 4,1% na Região Sudeste. Esta concentração na Região Sul pode estar superestimada em função da maior participação proporcional dos médicos desta região na pesquisa.

Tabela 20 - Distribuição Percentual dos Médicos, segundo o meio de locomoção usado para chegar ao trabalho. no PSF/SMS/SP. 2004.

Gráfico 19 - Distribuição percentual dos Médicos, segundo meio de locomoção usado para chegar ao trabalho. no PSF/SMS/SP. 2004.

O principal meio de locomoção utilizado pelos médicos é o carro, com 82% dos casos,



seguido de ônibus e lotação (15,8%); metrô (8,3%); outros meios de transporte (4,6%) e trem (2,0%).

Tabela 21 - Distribuição Percentual dos Médicos, segundo tempo gasto para chegar ao trabalho, no PSF/SMS/SP, 2004.

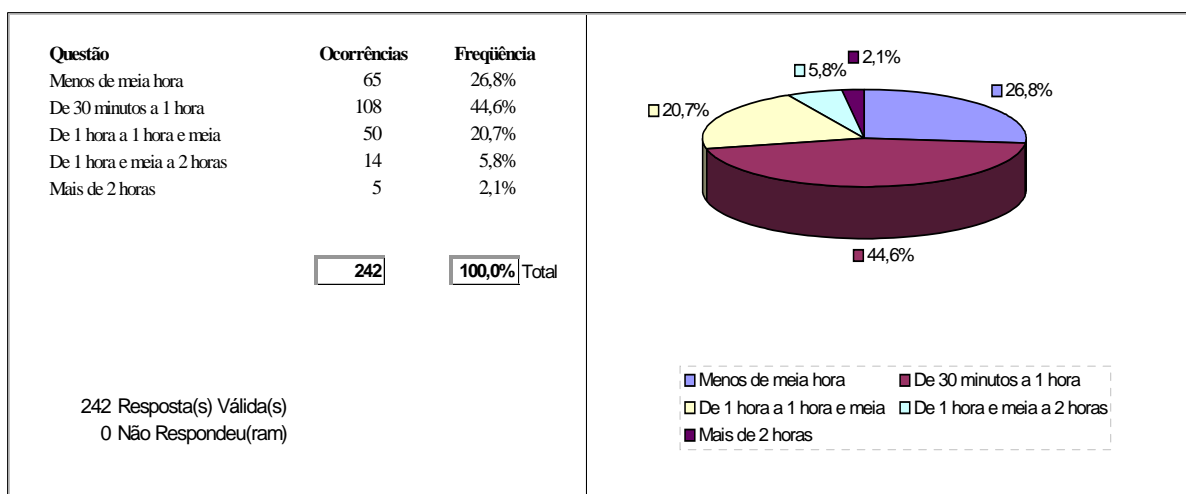
Gráfico 20 - Distribuição Percentual dos Médicos, segundo tempo gasto para chegar ao trabalho, no PSF/SMS/SP, 2004.

Quanto ao tempo de deslocamento verifica-se que 26,8% dos médicos do PSF levam menos de meia hora para chegar ao trabalho; 44,6% levam entre 30 minutos e uma hora e 28,6 % 1 hora ou mais. O que permite considerar que poucos médicos do PSF moram perto do trabalho.

Condições de Inserção no PSF

Tabela 22 - Distribuição Percentual dos Médicos, segundo tempo de trabalho no PSF, PSF/SMS/SP, 2004.

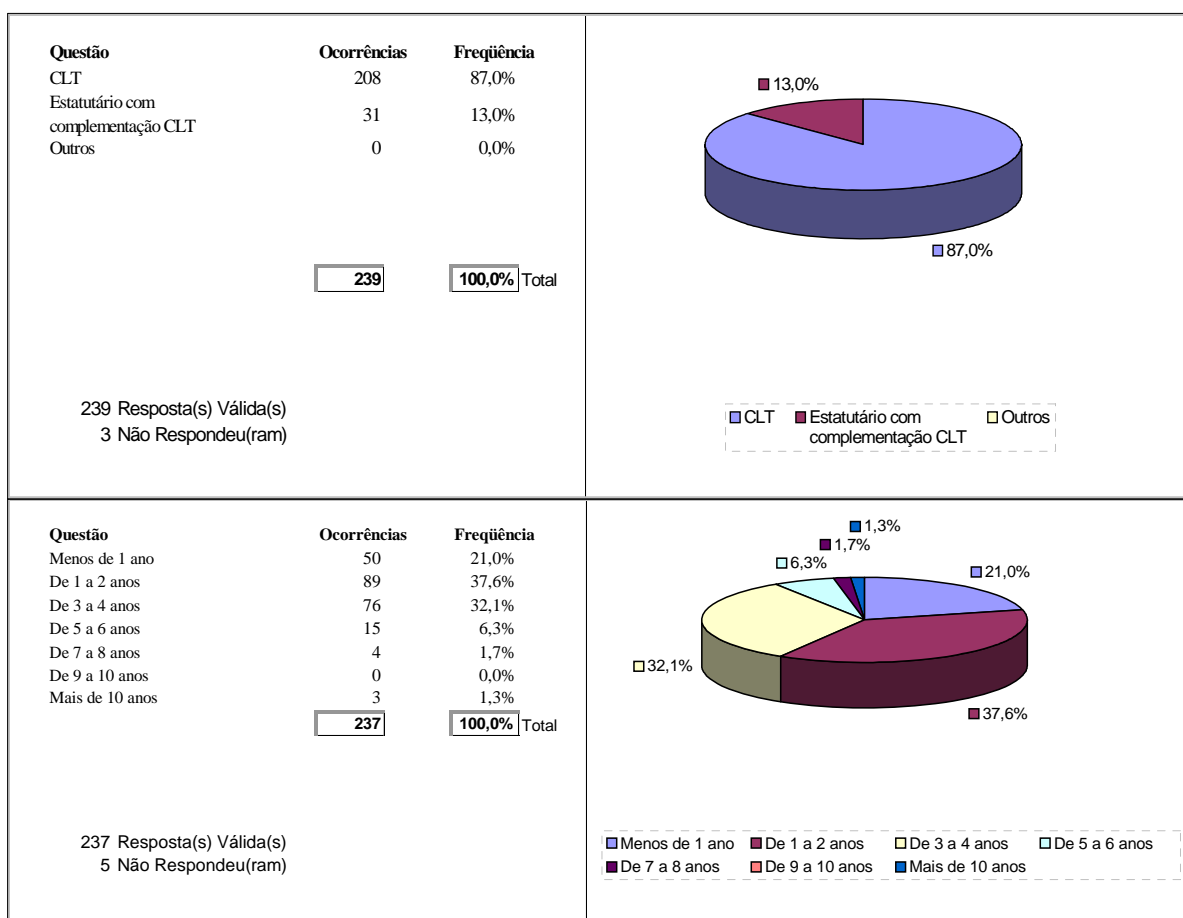
Gráfico 21 - Distribuição Percentual dos Médicos, segundo tempo de trabalho no PSF, PSF/SMS/SP, 2004.



No que se refere ao tempo de trabalho, 21% dos profissionais tem menos de um ano de trabalho, e 37,6% entre 1 e 2 anos, o demonstra pouca experiência de trabalho acumulada no PSF, considerando-se que a questão refere-se ao tempo total de experiência do profissional, e não apenas em SMS. Menos de 10% dos profissionais entrevistados referiram uma experiência superior a 5 anos.

Tabela 23 - Distribuição Percentual dos Médicos, segundo forma de contratação, no PSF/SMS/SP, 2004.

Gráfico 22 - Distribuição Percentual dos Médicos, segundo forma de contratação, no PSF/SMS/SP, 2004.



Percebe-se que 87% dos profissionais são celetistas e apenas 13% são estatutários com um contrato complementar por CLT. Assim, não há precarização nas relações de trabalho ainda que o contrato complementar possa acarretar em algum tipo de questionamento legal. Por outro lado, indica que a adesão de profissionais, já em atividade na rede municipal, foi bastante baixa.

Tabela 24 - Distribuição Percentual dos Médicos, segundo capacitação, no PSF/ SMS/SP, 2004.

Gráfico 23 - Distribuição Percentual dos Médicos, segundo capacitação, no PSF/SMS/SP, 2004.

Quanto à capacitação, 84,6% dos profissionais participaram do Momento I – Introdutório. Ainda que o percentual seja alto, não é suficiente, na medida em que se deveria esperar 100% dos profissionais tendo realizado este módulo. Acrescente-se que 5,9% não receberam qualquer qualificação. Entretanto 57,5% já participaram de mais de uma atividade (questão de múltipla escolha).

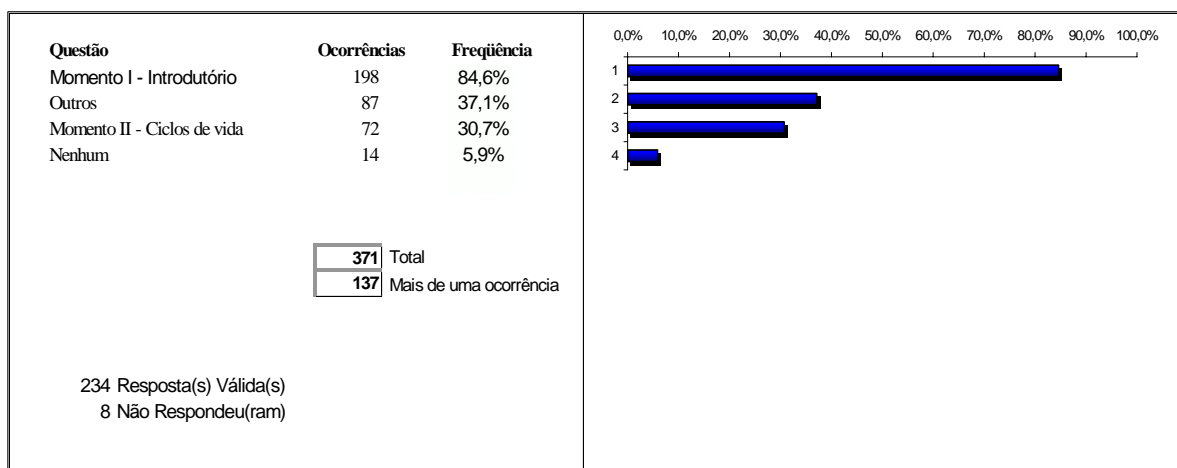
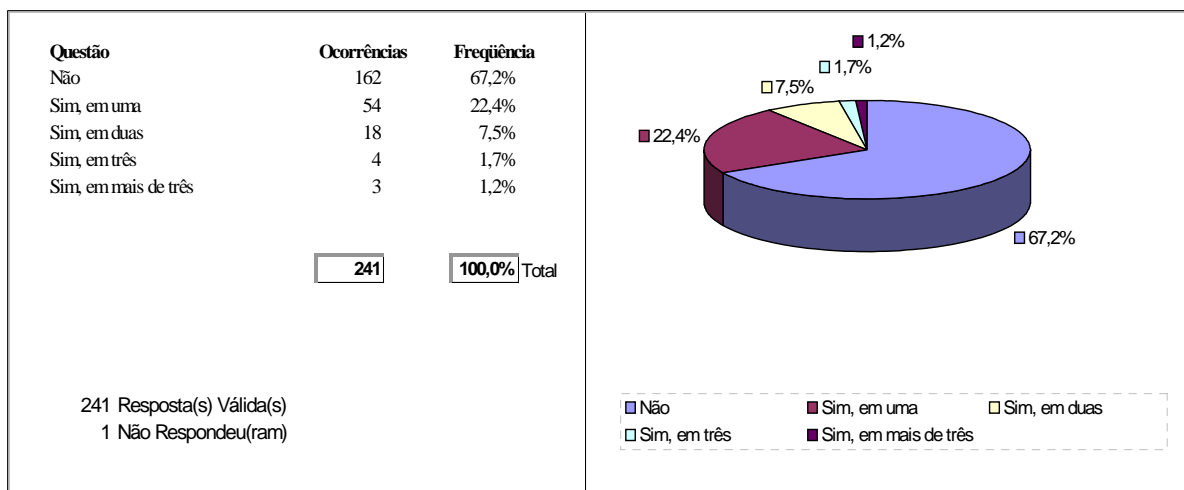


Tabela 25 - Distribuição percentual dos Médicos, segundo número de unidades do PSF em que trabalhou, no PSF/SMS/SP, 2004.

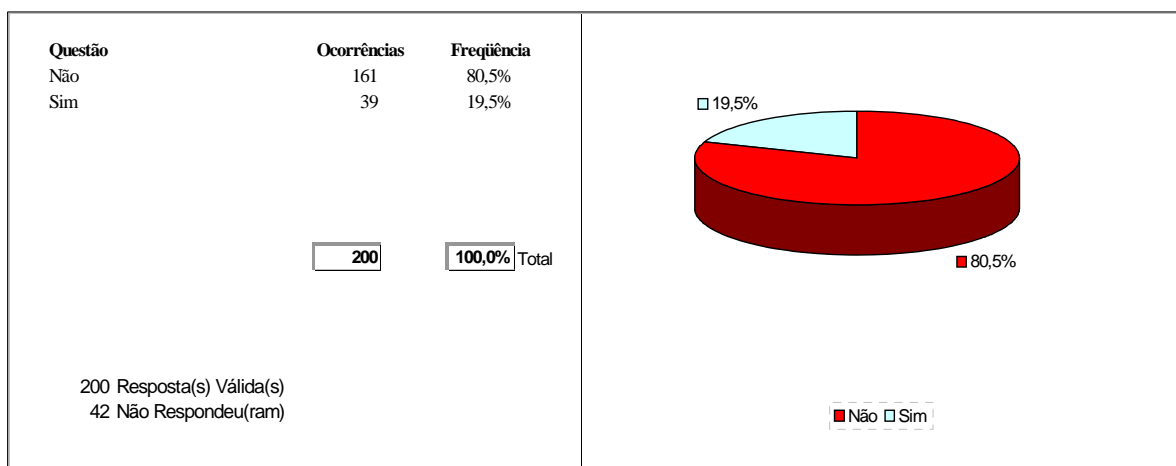
Gráfico 24 - Distribuição percentual dos Médicos, segundo número de unidades do PSF em que trabalhou, no PSF/SMS/SP, 2004.



Para 67,2% dos profissionais, essa é a sua primeira experiência com este modelo de atenção. Entretanto, 79 profissionais (32,8%) já tiveram experiência em mais de uma unidade.

Tabela 26 - Distribuição Percentual dos Médicos, segundo trabalho em PSF fora do município de São Paulo. no PSF/SMS/SP. 2004.

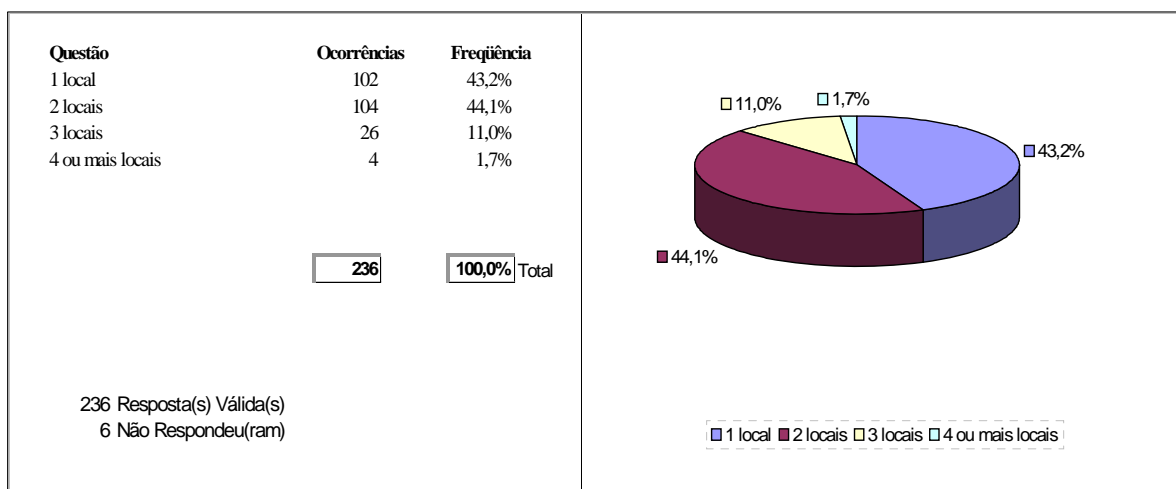
Gráfico 25 - Distribuição Percentual dos Médicos, segundo trabalho em PSF fora do município de São Paulo. no PSF/SMS/SP. 2004.



Dos profissionais que tiveram outras experiências com PSF, apenas 39 (19,5%) do total vieram de outros municípios. O que pode estar caracterizando uma experiência crescentemente paulistana.

Tabela 27 - Distribuição Percentual dos Médicos, segundo o número de locais de trabalho no momento, no PSF/SMS/SP, 2004.

Gráfico 26 - Distribuição Percentual dos Médicos, segundo o número de locais de trabalho no momento, no PSF/SMS/SP, 2004.

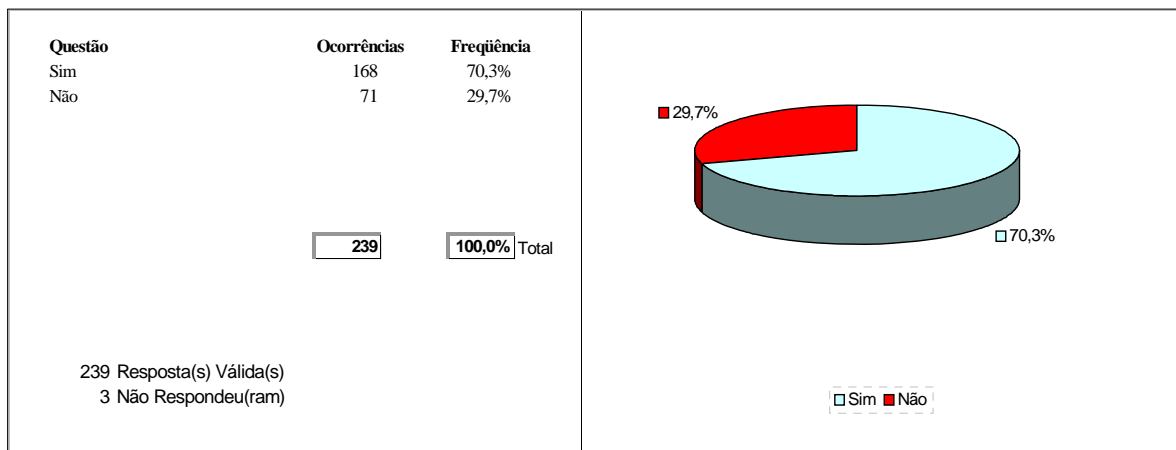


Dentre os médicos do PSF, 56,8% têm outro vínculo empregatício. Esta é uma constatação importante, pois um princípio fundamental do PSF está baseado no cumprimento de uma carga horária de tempo integral, que é o que dá a sustentação para a vinculação com a comunidade e o contato continuado, inclusive com momentos de planejamento conjunto da equipe. Assim, se os médicos passam ter mais de um vínculo, se isto pode por um lado ser positivo, na medida em que permite o desenvolvimento de capacidades adicionais, por exemplo, de atuação em Pronto Socorro, ou possibilita uma remuneração complementar que viabiliza a dedicação em tempo integral, por outro lado pode também contribuir para o aumento do desgaste do

profissional e para a redução das horas dedicadas ao PSF, com prejuízos significativos para a efetivação da proposta.

Tabela 28 - Distribuição Percentual dos Médicos, segundo experiência Profissional anterior, no PSF/SMS/SP, 2004.

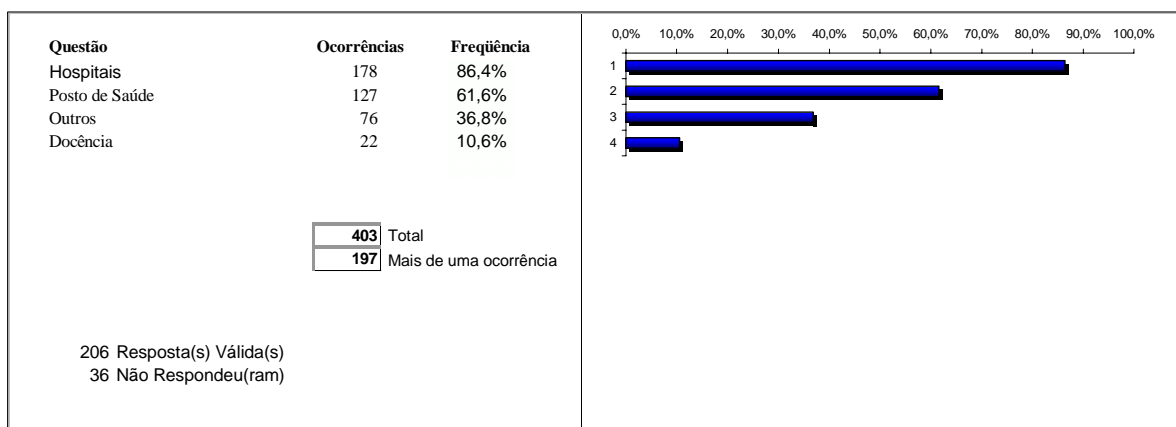
Gráfico 27 - Distribuição Percentual dos Médicos, segundo experiência profissional anterior, no PSF/SMS/SP, 2004.



Nesta categoria, 70,3% dos profissionais tiveram experiência profissional anterior, o que se por um lado indica uma participação razoável de médicos que encontram aqui sua primeira experiência profissional, confirma o indicativo ainda de profissionais mais experientes atuando no PSF.

Tabela 29 - Distribuição percentual dos Médicos, segundo tipo de experiência anterior ao trabalho no PSF, no PSF/SMS/SP, 2004.

Gráfico 28 - Distribuição percentual dos Médicos, segundo tipo de experiência anterior ao trabalho no PSF, no PSF/SMS/SP, 2004.

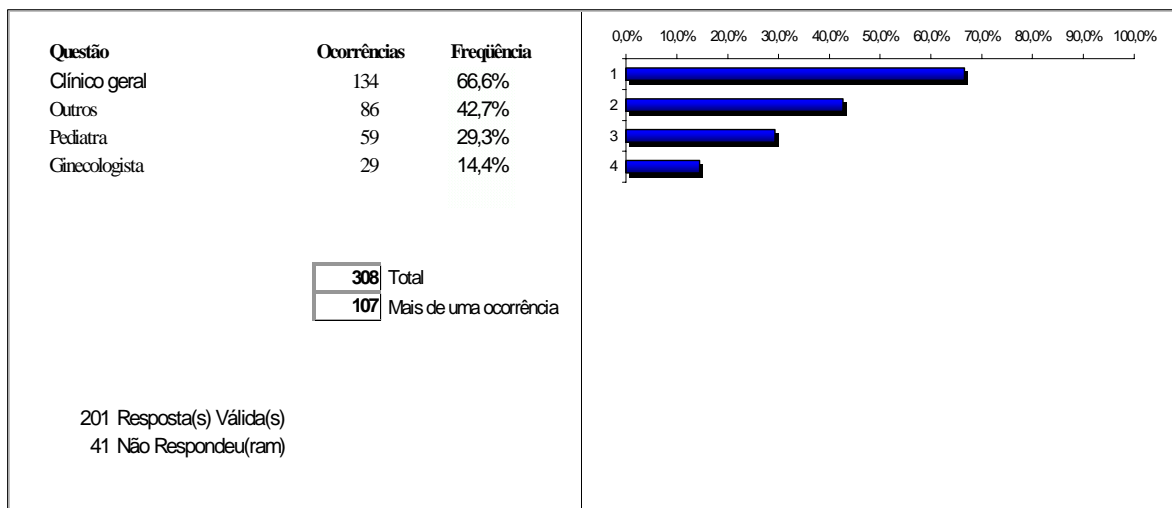


Dos profissionais em atividade no PSF, 86,4% atuaram na área hospitalar; 61,6% em postos de saúde; 36,8% em outras atividades e 10,6% tiveram experiência com docência. Desses médicos, 95,6% tiveram experiência profissional em mais de um tipo de serviço. Essa experiência mais diversificada é interessante para a capacidade que o médico do PSF deve ter para atuar em relação ao conjunto do sistema de saúde. A

experiência docente também é positiva frente às expectativas “educativas” que a proposta incorpora.

Tabela 30 - Distribuição percentual dos Médicos, segundo tipo de especialização anterior ao trabalho no PSF, no PSF/SMS/SP, 2004.

Gráfico 29 - Distribuição percentual dos Médicos segundo tipo de especialização anterior ao trabalho no PSF, no PSF/SMS/SP, 2004.



Verifica-se que 2/3 dos médicos trabalharam como Clínicos Gerais e 1/3 como Pediatras. Dentre esses médicos, 14,4% trabalharam como Ginecologistas, enquanto que 42,7% atuaram em outras especialidades e 53,2% dos profissionais atuaram em mais de uma especialidade. Essa experiência majoritária em áreas gerais é compatível com o perfil esperado dos médicos de família, assim como a experiência em mais de uma especialidade. Na verdade, o aprendizado desses profissionais dada a baixa especialização identificada, foi construída na sua prática de trabalho, o que, se por um lado, pode ser positivo do ponto de vista de conhecimentos e compromissos incorporados, por outro lado indica pouca chance de aprimoramento formal e supervisão nesse processo o que também pode gerar hábitos e práticas nem sempre desejáveis. Por outro lado, a diversidade de trabalhos em outras especialidades – 42,7% - indica também que o PSF não é uma exclusividade de generalistas, o que indica uma miríade de práticas e conhecimentos entre os profissionais, e um trabalho significativo para as políticas públicas na definição de competências e processos formativos que permitam, por um lado, o aproveitamento destas experiências anteriores e, por outro, uma homogeneização mínima frente ao projeto proposto para o PSF.

Considerações Relativas ao Perfil dos Médicos do PSF

A predominância feminina reflete uma tendência na área da saúde, mais forte em outros setores, mas que também se apresenta na profissão médica, e que, em particular no PSF, pode ser reforçada também pela participação crescente de profissionais mais jovens. A faixa de 21 a 28 anos é a mais freqüente mesmo considerando-se que médicos só se formam a partir dos 24 anos. Isto se confirma com o dado de que mais de 1/3 dos médicos têm até 4 anos de formados e mais da metade tem até 15 anos de formados. Entretanto, observa-se ainda uma significativa participação de profissionais com idades mais avançadas, caracterizando uma mescla que pode ser positiva para o desenvolvimento do Programa.

Na distribuição relativa a estado civil, aqueles que vivem em união estável (casados e em união consensual) constituem quase metade desse grupo, maior que o grupo dos solteiros, mas muito próximo do conjunto de todos que não estão vivendo em união estável. O que pode estar se refletindo também na distribuição muito equilibrada entre aqueles que têm e aqueles que não têm filhos.

A maioria dos médicos é nascida no município de São Paulo, porém há uma alta participação (quase 1/3) de médicos de outros estados do país, bem como de outros países. Esta atratividade de profissionais de fora do município que, em momentos anteriores poderia indicar uma seleção dirigida àqueles com mais experiência neste modelo, pode agora estar refletindo a atratividade a um mercado de trabalho específico e significativo que vai se constituindo com a expansão do PSF. Atualmente, cerca de 2/3 dos médicos tem nesta sua primeira experiência com o PSF. Aqueles com experiência anterior em PSF fora do município constituem cerca de 16%. Uma experiência majoritariamente paulistana.

A distribuição na formação em escolas públicas e privadas é muito semelhante. Por outro lado, o percentual de profissionais sem especialização ainda é alto – próximo de 50%. Entretanto, a principal especialização é Medicina de Família o que começa a refletir os esforços oficiais desenvolvidos para a qualificação destes médicos. Os médicos com Residência ainda são poucos, um pouco acima de 1/3. A principal área é a Pediatria – o que pode justificar-se por uma migração desses especialistas dada a redução importante na taxa de natalidade no país, nos últimos anos, e uma possível redução neste campo de trabalho, além da maior afinidade pela prática desenvolvida no PSF.

Considerando-se que nem sempre os médicos moram nas regiões onde trabalham, o fato de o principal meio de deslocamento ser o carro, parece permitir o acesso não muito demorado ao local de trabalho – até uma hora para a maioria, situação que não se aplica, entretanto para 1/4 dos profissionais.

O tempo de trabalho no PSF não é muito elevado, pois pouco mais de 40% dos médicos tem mais de 3 anos. Considerando que, desde 2003 não houve expansão importante de equipes, isto aponta para uma rotatividade elevada. Já a alta taxa de contratação de celetistas, próxima a 90%, indica uma baixa adesão de médicos da rede municipal à proposta.

Dada a baixa qualificação formal anterior e a alta rotatividade, a participação elevada de médicos no Módulo Introdutório ainda é insuficiente na medida em que deveria alcançar sempre 100%, e ainda há inserção mediana em outros cursos ou em mais de uma atividade. Parte dessa falta de formação é compensada pela experiência profissional anterior ao PSF, que alcança 70% dos médicos, desenvolvida majoritariamente na Clínica Médica, Pediatria e G.O. e, para alguns, em mais de uma especialidade.

Preocupa, entretanto, o alto percentual de profissionais com mais de um vínculo e as possibilidades de impacto desta dupla militância sobre sua dedicação ao Programa.

ENTREVISTAS COM MÉDICOS DO PSF

Percepções e Sugestões dos Médicos sobre o Trabalho no PSF da Cidade de São Paulo

O trabalho do médico no PSF parece ter uma característica fundamental. Ele é fortemente sustentado pelas relações que se estabelecem entre os membros de equipe, e desta com os pacientes e a comunidade, em geral carente e em condições de atendimento bastante despojadas, quando não precárias. Mais que em qualquer outro campo de prática médica este é o mais desprotegido, em termos de proximidade da comunidade e do paciente, disponibilidade de tecnologia e continuidade na relação. Talvez por isto o relacionamento da equipe seja tão valorizado, a ponto de se apresentar como uma das características capazes de promover maior satisfação no trabalho.

“o trabalho em equipe, maior contato com o paciente, dividir minhas preocupações com a equipe, ver as diversas situações por outros pontos de vista”

E como consequência, em menor grau, as relações interpessoais, as amizades daí decorrentes.

“colegas de trabalho, amizades constituídas”

A possibilidade da abordagem integral dos indivíduos e das famílias, a recuperação de uma relação humanizada, a integralidade na abordagem e o vínculo equipe de saúde/família entram como outro aspecto importante de satisfação entre os médicos.

“possibilidade de vínculo com o paciente; conhecimento da comunidade; acompanhar todos os ciclos de vida”

“contato direto com o paciente; acompanhamento do paciente em contexto”

A contrapartida deste envolvimento tem como consequência a gratidão e o reconhecimento, o respeito adquirido junto aos pacientes e a comunidade que aparece como o segundo principal fator de satisfação entre os médicos.

“atendimento a pacientes carentes, bom relacionamento com os membros da equipe, agradecimento a que somos brindados diariamente”

“reconhecimento da comunidade”

Outro componente muito valorizado, dentro da perspectiva da integralidade refere-se ao desenvolvimento de ações para além da assistência médica individual, através de ações de educação, promoção e prevenção, dirigidas à comunidade como um todo e às populações mais carentes e necessitadas.

“o trabalho de educação para a conscientização da comunidade para a promoção de saúde e cidadania”

“atuar na saúde com um enfoque preventivo e não somente curativo, interagir com as equipes e grupos de usuários, a própria existência do PSF”

Este conjunto de ações articuladas parece possibilitar aos médicos o alcance de resultados significativos em termos de melhoria de saúde da população e melhoria do paciente, possibilitando também grande satisfação.

“observar como um bom acompanhamento de certas doenças torna-se compensado com o tempo”

“quando consigo resolver os problemas da minha área e vejo reconhecimento e alegria daquela família”

O desafio, a possibilidade crescimento e realização, o aprendizado e a realização de cursos também foram considerados aspectos da prática relacionados à satisfação, assim como a autonomia.

“variedade de casos”

“reciclagem, atualização e clínica médica”

“tipo de atividade e necessidade da população, complexidade, desafio”

Para alguns profissionais, a carga horária, o salário e a estabilidade foram valorizados.

“ambiente de trabalho, condições financeiras”

“colegas de trabalho, salário, CLT”

Em menor intensidade, algumas facilidades possibilitadas pelo PSF (rapidez de internação, solicitação de exames e medicamentos) bem como o desenvolvimento de algumas práticas específicas – trabalho com idosos, grupos de gestantes e crianças, mutirão, etc, são reconhecidos como fatores de satisfação.

Os principais motivos de insatisfação no trabalho, enquanto conjunto de temas é aquele relacionado às condições de trabalho, principalmente frente ao espaço físico e infra-estrutura de atendimento. A disponibilidade de materiais, equipamentos e medicamentos também são fortemente criticados, e em menor grau o salário, a carga horária e o acesso (dos profissionais) aos serviços.

“trânsito (vias de acesso congestionadas)”

“falta de estrutura física da unidade; falta de treinamento prático; insuficiência de medicamentos e falta de material educativo”

“remuneração insuficiente”

“falta de materiais educativos e espaço físico para realização de grupos”

Por outro lado, enquanto tema específico, a insuficiência de capacitação é o segundo aspecto mais apontado como gerador de insatisfação no trabalho, provavelmente em função da insegurança gerada pelo exercício de uma prática bastante diferenciada daquela que os médicos estavam acostumados a desenvolver.

“equipe pouco capacitada, baixa remuneração, falta de especialidades”

“não ter capacitação necessária para outras especialidades (ginecologia, obstetrícia, geriatria)”

Esta insegurança na prática, reflete-se também na necessidade de uma integração mais adequada com o sistema de saúde, principalmente no acesso a especialistas, exames ou outras referências. Este é o aspecto específico mais intensamente criticado pelos médicos, mesmo porque em função dos vínculos estabelecidos e do convívio cotidiano com os pacientes esta incapacidade do sistema torna-se muito sensível para a equipe.

“é não ter retaguarda, dificuldade principalmente quando tenho pacientes que necessitem de outras especialidades, poder fazer laboratórios com maior qualidade e mais rapidez”

Outro aspecto importante faz referência à necessidade de incorporação de mais profissionais à equipe, associado a dois problemas – equipes incompletas, dada a dificuldade de contratação de médicos com perfil adequado para esta prática, ou também pela necessidade de se contar o apoio de profissionais com outros conhecimentos, particularmente aqueles relacionados a saúde mental e ao apoio social aos indivíduos.

“dificuldade em trabalhar violência e exclusão social, dificuldade em trabalhar saúde mental”

“equipes incompletas, necessidade de outros profissionais”

A alta demanda, o número excessivo de famílias por equipe, bem como as atividades de acolhimento - Pronto Atendimento - são vistas como elementos desorganizadores de uma prática mais planejada e de um seguimento com maior qualidade, principalmente quando associados à insatisfação com a infra-estrutura, disponibilidade de equipamentos e medicamentos e referência adequada.

“a falta de preparo na gestão; a implantação mal-feita, sem planejamento acarretando na sobrecarga dos profissionais; o acolhimento é um processo inerente ao PSF e hoje respondemos a dois programas (educando e deseducando os pacientes)”

Esta situação de *stress* apontada pelas questões acima também tende a gerar insatisfação em relação ao gerenciamento da unidade, ou do sistema como um todo, em seus diferentes aspectos – cobrança, burocratização, excesso ou falta de hierarquia, falta de planejamento, etc.

“displicência da coordenação, falta de condições físicas, mudanças de certas condutas por parte das coordenadorias do SUS”

Como consequência quer pela insuficiência referida de condições de trabalho, quer pela expectativa criada, principalmente frente a atuação em dimensões sociais complexas do cuidado começam a aparecer manifestações de frustrações com resultados alcançados, bem como de desgaste com o trabalho.

“falta de condições de trabalho, população extremamente carente onde minhas ações não surtem efeito que gostaria”

“não conseguir fazer tudo que é necessário, muitas famílias na área”

Esta imersão do atendimento na comunidade proposto pelo PSF, dependendo da maneira como é realizado pode também gerar situações de rejeição e estranhamento de ambas as partes. Por outro lado, a violência urbana é outro tema sempre presente.

“ambiente precário de material de trabalho para atender melhor ao paciente; pouca colaboração da comunidade com relação aos profissionais que cuidam da saúde”

“o pouco reconhecimento e compreensão do PSF por parte da população”

Estas situações acabam refletindo, ainda que em menor grau naquele que foi identificado como o principal elemento de satisfação do trabalho no PSF, o relacionamento intra-equipe.

“funcionários incompetentes, demanda muito grande, falta de responsabilidade de alguns”

“muita tensão dentro e fora das equipes, desunião dos colegas e médicos do PSF”

As sugestões de melhora ao PSF apresentadas pelos médicos são bastante compatíveis com as críticas apresentadas nas questões anteriores. Estas sugestões podem ser articuladas em alguns grandes grupos: condições objetivas de trabalho, treinamento, relacionamento com o restante do sistema, demandas gerenciais, relacionamento com população, fortalecimento/revisão dos ideais da proposta.

Conforme esperado existe uma grande demanda relacionada às condições de trabalho – melhorias salarial, de infra-estrutura e materiais, ainda que existam demandas por maior oferta e disponibilidade de medicamentos.

Algumas destas sugestões direcionam-se também a incorporação de novos direitos (auxílio transporte – relacionado às grandes distâncias a serem percorridas), redução de carga horária (30 horas), bem como, ainda que numa dimensão menor, a políticas de valorização mais estruturadas como a criação de carreiras.

“contratar mais médicos para atender a população, tornando o trabalho menos desgastante, reduzir a jornada de trabalho; aumento de salário (pois pela “encheção de saco” deveríamos ganhar bem mais)”

“plano de carreira profissional”

“maiores investimentos para materiais; auxílio transporte; aumento salarial (devido insalubridade)”

“fornecimento regular de medicamentos; plano de carreira para os profissionais”

Por outro lado, ainda que as condições objetivas de trabalho sejam fortemente sugeridas como aspectos a serem melhorados, fica muito evidente que os profissionais enfrentam ainda uma grande insegurança no exercício desta nova prática. A principal sugestão apresentada como categoria isolada diz respeito a

ampliação de treinamentos dos mais variados temas (Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Saúde Mental) e cursos de especialização. Também são sugeridos treinamentos individualizados por categoria profissional, para maior aprofundamento das questões. Uma abordagem interessante frente a esta necessidade de saber mais sobre a nova prática é a sugestão de que as equipes, em particular os médicos pudessem contar com uma espécie de supervisão realizada por profissionais mais experientes no PSF para discutir não apenas casos, mas como abordar os problemas, bem como conduzir e organizar o trabalho. Esta talvez seja uma característica importante a ser considerada nos processos de capacitação para o PSF, principalmente no que diz respeito aos médicos – mais do que apenas o conhecimento científico formal é necessário aprender a fazer, compartilhar o conhecimento tácito decorrente da prática cotidiana que não pode ser transmitida por outros colegas distantes daquela realidade – a interação entre pares, e entre pares experientes naquela prática. Assim, se o reconhecimento formal da especialização é necessário e desejável dentro de perspectiva de evolução profissional – é preciso definir exatamente que médico eu sou, para a melhoria das práticas é necessário o intercâmbio com aqueles que sabem fazer de fato.

Mesmo a relação com especialistas é, em alguns momentos, sugerida através de discussão de casos nos próprios serviços e não apenas através de referência e contra-referência.

“mais cursos principalmente Momento II”

“ter profissionais de diferentes especialidades que em visitas a USF possam discutir condutas e casos controversos ou reuniões com especialistas para a discussão de casos clínicos”

“investir no potencial dos profissionais que vão sendo capacitados para capacitar novos profissionais que chegam”

“melhorar a capacitação dos médicos (fazer cursos específicos para o profissional médico)”

“escolher pessoas com conhecimento e vivência em PSF para fazer os manuais e fluxos de atendimento”

O relacionamento com o conjunto do sistema também é outro grande tema de sugestões. O segundo aspecto mais freqüentemente referido em termos isolados, seguindo o tema treinamento, é fortemente relacionado a questão

conhecimento/desconhecimento da prática e traduz um problema ainda não resolvido para o conjunto do sistema de saúde, qual seja a estruturação de um sistema de referência e contra-referência adequado e o acesso aos especialistas. Conforme já discutido, para uma prática que está condicionada sobre um convívio diário com a comunidade, a incapacidade de resolução de casos específicos é causadora de muito mais ansiedade e sofrimento ao profissional, do que nos modelos tradicionais onde um paciente referenciado/encaminhado com muita frequência perde-se no mundo e passa a ser problema de outro. Aqui ele volta e evidencia com muito mais intensidade a incapacidade resolutiva do sistema e do profissional. Daí, também a sugestão inicial e primordial de manter as equipes completas, bem como de integração com outras equipes, com as UBS e ampliação das equipes multiprofissionais (saúde mental e dentista).

“inclusão de novos profissionais na equipe”

“faltam: especialista em curto prazo (espera muito longa). Incorporar Odonto, trabalhar com assistente social na sua função, psicólogo e nutricionista”

“fluxo melhor entre atenção básica, secundária e/ou até mesmo terciária”

“aumentar o número de equipes, melhorar o atendimento secundário e terciário”

“ampliação das equipes, melhoras nas referências e contra-referências”

Um outro tema forte relacionado com a estruturação do sistema é a sugestão à criação de Pronto Atendimento (PA) em apoio às equipes de Saúde da Família. Existe a percepção de que o serviço tende a se transformar rapidamente em um PA de baixa qualidade, atendendo a uma demanda descontrolada, de queixas pontuais e deixando de cumprir com os princípios educacionais e preventivos que o PSF deveria ter, bem como impedindo o médico de realizar as atividades de visitas domiciliares.

“cada 4 ou 5 unidades do PSF deviam somar um PA para que pudéssemos nos dedicar inteiramente as prioridades”

“gostaria que fosse aberto um pronto-atendimento a cada 4 PSF para que o PSF desse mais atenção ao atendimento primário”

Esta provável percepção deste descompasso entre projeto inicial e situação atual dão também origem a três grupos diferentes de sugestão – o primeiro uma reafirmação da necessidade de resgate da filosofia da proposta, associada entretanto, a necessidade

de expansão do número de equipes. É interessante que a crítica ao desvirtuamento se resolve com a reafirmação da proposta, quer como mecanismo direto de redução da pressão da demanda (a sugestão, um pouco menos freqüente de redução de números de famílias por equipe é uma variante desta estratégia, quer como expectativa de consolidação do modelo proposto de forma mais hegemônica).

“aumentar o número de equipes nos bairros para que as regiões do PSF não fiquem sobrecarregadas”

“investir na capacitação da equipe e manter as mesmas completas, ampliar o número de equipes para SP e Grande SP”

Um segundo grupo se direciona ao melhor gerenciamento, organização e planejamento das atividades, e eventualmente de melhor seleção dos profissionais envolvidos, bem com ao estabelecimento de protocolos de práticas (mais uma vez a questão do como fazer).

“escolha de profissionais mais comprometidos com o PSF”

“planejamento, cronograma e treinamentos”

“seguir no mínimo os protocolos do PSF”

“organização”

Um terceiro grupo se dirige à necessidade de sensibilização da população sobre o programa e seus princípios.

“expansão para mais regiões; revalorização do parceiro; maior esclarecimento do que é o programa para a população”

“orientar melhor a população sobre a proposta do PSF”

Finalmente em que pese se caracterizar no discurso geral uma forte identificação com a proposta original do PSF, algumas sugestões já começam a se direcionar a revisão de seus princípios. Com maior intensidade, e já referido a revisão de carga horária. Entretanto algumas propostas, ainda que em menor intensidade, já apontam para a necessidade de reincorporação dos especialistas médicos nas equipes.

“a secretaria de saúde deveria rever os conceitos do PSF e adequar a nossa realidade, pois a cidade está repleta de especialidades e não há como mudar isto, portanto é difícil eu fazer o papel de multi-especialista. Se vocês tivessem um RN na família, gostariam de ser atendidos por um médico de família ou por um pediatra especialista na área para fazer o acompanhamento?”

Representações Sociais e Expectativas Profissionais dos Médicos do PSF da Cidade de São Paulo

O principal motivo de escolha da profissão está relacionado à vocação, ao gostar da profissão, ao ideal, colocada de forma geral sem maiores especificações.

“vocação”

“gostar da profissão”

“admiração pela medicina”

Um segundo conjunto de aspectos mobilizadores da escolha estão relacionados à possibilidade de ajudar ao próximo, reduzir o sofrimento, ou de forma mais específica, tratar e trazer saúde para as pessoas.

“ajudar o próximo”

“gosto de tratar e trazer saúde para as pessoas”

“sempre sonhei desde criança poder ajudar e cuidar das pessoas e achava que a medicina era uma maneira de nós podermos tentar alcançar estes sonhos”

Uma variação mais direcionada deste compromisso com o próximo associa-se a preocupação também com a intervenção social, à atuação junto à comunidade, à ação educativa e transformadora.

“a vontade de ajudar pessoas carentes, atender pessoa de baixa renda da melhor forma possível”

“preferência por saúde pública e mudanças no comportamento na população atendida”

Uma outra variação deste compromisso refere-se mais especificamente a aspectos da prática relacionada à atenção básica, às práticas ambulatoriais, à Medicina Preventiva e à prática generalista.

“a opção pelo atendimento primário em saúde”

“possibilidade de atuar como um médico generalista, atuar nos aspectos básicos do cotidiano das pessoas”

O desafio, a curiosidade a exigência de capacidade também são elementos, ainda que em menor grau, referidos como indutores da escolha profissional.

“gostar do trabalho diversificado; ter que atender em todas as áreas (clínica, pediatria, GO, etc)”

“algo que necessita de aprimoramento constante, aquela que não desiste diante das dificuldades”

O exemplo, de pais, familiares ou médicos próximos, também foi elemento constituinte da escolha.

“a minha família é de médicos, portanto foi por isso que aprendi a gostar e com isso ajudar as outras pessoas”

A necessidade de articular conhecimento científico, o estudo, a dedicação e o aprendizado associados ao cuidado com o ser humano foram outros aspectos apontados.

“poder estudar e trabalhar com a ciência”

“articular a ciência com o cuidado às pessoas”

Finalmente a possibilidade de alcançar uma determinada renda, uma certa estabilidade e bem estar foram também referidos ainda que em menor intensidade.

“renda familiar”

A opção de trabalho no PSF é muito relacionada com os motivos de escolha da profissão, entretanto associado, entretanto, com alguns aspectos particulares:

Na opção pelo PSF ganham relevância alguns aspectos relacionados com o mundo real da prática médica. Neste sentido o salário fixo, a carteira assinada e a relativa estabilidade são valorizados, assim como a possibilidade de se atualizar e de fazer cursos, inclusive para outras áreas. Nesta condição o PSF pode representar uma opção frente a inserções insatisfatórias no mercado, ou como opção transitória para outra etapa.

“carteira assinada”

“salário e experiência profissional”

“pela proposta de humanização da medicina e oferecimento de adequada capacitação para o trabalho dentro da carga horária semanal”

“oportunidade de emprego para estudar para a residência”

“salário, oportunidade com os cursos que o PSF deveria aumentar”

Um outro elemento interessante na escolha do PSF refere-se a possibilidade de enfrentar novos desafios frente a experiências anteriores já vividas. O PSF, para a maioria dos médicos não representa a sua primeira experiência profissional. Para alguns, representa uma oportunidade de aperfeiçoamento, uma nova etapa na carreira, a curiosidade de se deparar com novas propostas.

“já trabalhei como especialista”

“para trabalhar em equipe e aperfeiçoar meus conhecimentos como médica”

“necessidade de conhecer o único projeto que não entendi e poder colher dados para realizar um trabalho na área de saúde no país”

“após aposentado achei um novo ideal”

“após 20 anos em UTI achei que precisava e merecia fazer uma medicina mais humanizada”

“o desafio de experimentar uma nova maneira de ser médico”

Uma grande parte, entretanto, refere uma forte identificação com as propostas, a alternativa para a atenção à saúde no país, um novo paradigma assistencial que está se constituindo.

“porque a filosofia do PSF vem de encontro ao que eu sempre quis fazer”

“por acreditar neste modelo de atendimento para a saúde pública”

“identificação com o projeto”

“por acreditar no conceito médico de família que revoluciona a medicina por apresentar um novo paradigma de atendimento”

“acredito no programa como solução social para o indivíduo, seja ele de qualquer classe social”

Esta identificação se traduz de diferentes maneiras, já relatadas anteriormente: a ajuda às pessoas, aos mais necessitados, a atuação junto à comunidade carente.

“sempre quis ajudar as pessoas”

“gosto de tratar as pessoas”

“alegria de trabalhar com a minha comunidade”

“um trabalho de amor junto à população carente”

Um outro campo de identificação se faz junto às propostas de Medicina Preventiva, de trabalho voltado a resultados coletivos, ao trabalho comunitário, que visa reduzir a doença à longo prazo, a construção coletiva da atenção à saúde.

“porque eu considero primordial prevenção de doenças e a intervenção precoce de moléstias já adquiridas”

“interesse na saúde pública”

“possibilidade de criar, de ser sujeito no processo de trabalho, de fazer construção coletiva na interface serviço/comunidade e equipe de saúde”

Ou de forma complementar aos anteriores, a identificação se faz com a possibilidade do atendimento integral, à recuperação do vínculo entre médicos e comunidade e ao seguimento continuado e de qualidade.

“direito ao vínculo com a população”

“pela visão integral do ser humano, meta que devemos tentar alcançar o tempo todo”

“por ser uma forma de atuação médica mais completa e próxima ao paciente”

“pela possibilidade de trabalho, com visão de tratar o paciente de forma individualizada, entendendo seu contexto de vida, e tratamentos também preventivos”

“gosto do contato com a família como um todo. Tranquilidade para o atendimento, uma vez que é possível convocar os parentes caso haja alguma pendência a ser resolvida”

Outros, finalmente, fizeram esta opção por motivos mais diretos

“abri o jornal e vi a convocação”

“fui indicado pelo diretor da unidade”

“queria juntar os dois vínculos com a Prefeitura”

“uma feliz coincidência”

Conforme observado em etapas anteriores do trabalho, o perfil dos médicos de família é bastante variado em termos de experiências profissionais, tempo de formado, e especializações – ainda que neste item em particular o percentual seja em geral baixo, assim como a experiência específica com o PSF não seja, na maioria das vezes muito longa. Além disso, a maioria dos médicos mantém outros vínculos além do PSF. Esta diversidade de experiências, tempo de serviço e origens deveria determinar expectativas distintas em relação ao futuro, em particular a continuidade do profissional no programa, tendo em vista a referência frequente à alta rotatividade dos médicos no programa.

As respostas fornecidas nos dão algumas pistas sobre estas expectativas. Um pequeno percentual dos médicos não expressa nenhuma expectativa ou não sabe. Outro pequeno percentual pretende explicitamente deixar o PSF. Um terceiro grupo pretende uma intensidade menor de trabalho e uma maior qualidade de vida no futuro.

“sair do PSF e procurar outro local de trabalho”

Entretanto, a perspectiva de melhoria de desempenho e aprimoramento profissional está presente na imensa maioria das respostas particularmente no que diz respeito à

aquisição de novas competências e conhecimentos. Para uma parte significativa dos profissionais, isto se daria através de um processo de aprimoramento contínuo relacionado ao próprio PSF.

“quero cada vez aprender mais e gostaria de poder utilizar o que eu aprendi na especialização que eu fiz no PSF”

Entretanto, para a maioria dos médicos, está ligada à aquisição de um conhecimento formal consolidado e reconhecido entre os pares. Daí portanto, uma forte expectativa em relação a realização de cursos de especialização, residência médica e de maneira muito frequente também, o mestrado e doutorado.

Para uma grande parte destes médicos, não fica claro qual especialização, em que área se pretende realizar – *“fazer especialização, especializar-me, fazer uma residência”*. Esta resposta pode ser entendida de duas formas – a especialização é no próprio PSF e não foi explicitada, por parecer óbvia, ou é um desejo difuso, e neste sentido parece que a prática no PSF pode possibilitar o acesso a estas atividades – durante a própria prática, ou pelo menos permite a preparação prévia para o acesso a estas especializações.

“pretendo cursar uma especialização e fazer algo social além de permanecer me atualizando”

Dentre aqueles que especificaram as áreas desejadas a maioria se refere ao PSF – parte destes inclusive manifestam um forte interesse em passar a desenvolver atividades docentes junto a outras equipes bem como a estudantes.

“especialização em Saúde da Família, Mestrado/Doutorado em saúde da família”

“participar da criação de algo novo na saúde; criar a especialidade de médico de família para treinar alunos das faculdades de medicina e enfermagem”

Uma minoria fez referência específica a especializações em áreas similares ao PSF (saúde pública) ou a outras áreas totalmente desconexas (cirurgia, otorrino, ultrassonografia, clínica geriátrica).

“especializar-m em saúde pública”

“residência em otorrino”

O interesse em continuar no PSF foi a resposta específica mais freqüente, mas aqui também esta continuidade aparece de forma condicionada. Para alguns médicos esta continuidade está relacionada inclusive a um comprometimento com a expansão e melhoria do programa.

“contribuir para que o PSF continue se expandindo por toda São Paulo”

Para outros esse compromisso é conjuntural, relacionado à satisfação no trabalho, e para outros ainda, esta vinculação é dupla e está associada à prática em uma outra área (G.O., Pediatria, Cirurgia).

“enquanto o trabalho me der estímulo para continuar não só financeiro, também pessoal, pretendo continuar”

“permanecer no PSF por algum tempo, fazer residência”

“especialização na área, mestrado na área, manter minhas atividades no PSF e de cirurgião”

1.3 – CONSIDERAÇÕES FINAIS – OS RETRATOS 1999/ 2004

O que mudou?

Em que pesem as dificuldades metodológicas para comparar os dois estudos realizados sobre os médicos atuando no QUALIS, no município de São Paulo em 1998/1999 – estudo FAPESP, e no PSF em 2004 – estudo UNESCO, na medida em que as informações relativas tanto ao perfil profissional, como as entrevistas realizadas seguiram metodologias distintas, estabelecer este diálogo entre os dois relatórios parece ser da maior importância para as políticas públicas do setor, tanto por aquilo que eles mostram de diferente como pelos aspectos em que seus resultados se assemelham.

Vamos discutir primeiro os aspectos relativos ao Perfil apresentados e a seguir as entrevistas realizadas.

Perfil

Em relação ao Perfil Profissional, a Pesquisa QUALIS/ Fapesp, apontava em termos de gênero, uma distribuição equânime entre homens e mulheres, o que comparado com a distribuição total de médicos em atividade na capital, no período já apontava para uma importante feminização da atividade – (cerca de 35% na Capital e 48% no QUALIS), feminização esta provavelmente relacionada não tanto com a atividade do PSF em si mas com a feminização da profissão em anos mais recentes. Este tendência pode ser reforçada se analisarmos também o perfil dos profissionais por faixa etária, com 70% dos médicos com até 39 anos e uma forte concentração nos profissionais entre 30 e 39 anos – 50%, e em particular entre 30 e 34 anos – 35%. Esta distribuição também é diferente da distribuição etária dos médicos em atividade na capital em 95, que apresentava respectivamente 52% até 39 anos, 38% entre 30 e 39, e 20% entre 30 e 34 anos. Eram, portanto, profissionais mais jovens, porém não necessariamente recém- formados que atuavam no QUALIS. Esta informação se confirma quando observamos que naquele período 18% tinham até cinco anos de formado (contra 9% do total de médicos da capital), porém a distribuição é praticamente igual nas faixas entre 5 a 14 anos de formado (43% QUALIS e 41% capital) e entre 15 a 24 anos de formado (28% a 32 % respectivamente), caindo depois nas demais faixas.

Este quadro parece mudar um pouco na atual situação – neste momento a tendência a feminização permanece (53% são do sexo feminino), porém a participação dos profissionais com menos idade e menor tempo de formado aumenta significativamente -29% tem entre 21 e 29 anos e 35,5% tem até 4 anos de formado. Por outro lado, cresce a participação de médicos com maior faixa etária – nos dados de 2004, quase 48% dos profissionais tem mais de 40 anos, dos quais 24% tem mais de 50 anos. Em termos de tempos de formado, aumenta também a participação do profissionais com maior tempo de formado – 45% tem mais de 15 anos de prática profissional, com quase 18% com mais de 25 anos de experiência. Assim, o que parece ter acontecido é um achatamento na distribuição dos médicos, com um incremento importante da participação dos médicos mais jovens, mas com um crescimento significativo também dos mais experientes. Esta tendência pode ter duas explicações associadas que merecem melhor aprofundamento.

Neste período, houve a abertura importante de novas escolas médicas, portanto a participação de médicos mais jovens tem aumentado significativamente. Por outro lado a oferta de vagas para o PSF também cresceu de forma muito significativa, passando de cerca de 80 equipes em 99 para 750 em 2004, com um crescimento de quase 10X. Isto pode significar que um projeto que buscava profissionais com perfis específicos para uma proposta ainda em construção, ao transformar-se em um programa municipal, de larga escala, também transfere esta oferta de vagas para o conjunto de profissionais em atividade no mercado, com exigências relativamente baixas de inserção, contribuindo também para diversificar os perfis em atividade.

Entretanto além da idade e do tempo de formado talvez fosse interessante olhar com um pouco mais para os demais aspectos deste perfil, relativos à origem, e qualificação estes profissionais.

Assim, em 99, os graduados no estado de São Paulo, constituíam 47% do total, dos quais 13% na capital e 34% no interior. Este percentual era bastante diferente dos médicos da capital, onde 71% eram graduados no estado, sendo 36% na capital e 33% no interior. Para os médicos do QUALIS, dos 53% restantes, graduados fora de São Paulo, 27% eram provenientes de outros estados do sudeste, 15% de outros estados do país, com predomínio do Nordeste, com 9%, e 4% de outros países. Já na capital dentre os 29% formados fora do estado, 19% vinham de estados do sudeste, 11% vinham de outros estados, com uma participação equivalente entre Sul e Nordeste (4% cada) e 1% de outros países. Portanto, os médicos do QUALIS, contavam com uma participação mais elevada de médicos migrantes, principalmente de profissionais formados na região sudeste, e nordeste em relação aos médicos em atividade na Capital. Esta participação de médicos migrantes em trabalhos de mais difícil acesso, porém em regiões relacionadas com melhores oportunidades de emprego e de formação que nas regiões de origem é amplamente compatível com os estudos existentes relacionados à migração médica.

Infelizmente não existem dados relativos a local de graduação dos médicos do PSF em 2004.

Ao considerarmos, os dados referentes aos locais de nascimento em 99, 49,3% (57% dos dados conhecidos), dos médicos do QUALIS, eram nascidos no estado, e 76% dos médicos da capital eram nascidos no estado. Em 2004, 63% dos médicos do PSF

estava nesta situação, o que seria compatível com este espraiamento da faixa etária, tanto por conta de profissionais com idades mais avançadas, mas também com a ampliação da oferta das vagas para o conjunto do mercado de trabalho no município.

Em relação à qualificação formal dos médicos, em termos de especializações e residências, vale mais uma vez a observação relativa às metodologias de coleta. As informações dos médicos do QUALIS foram coletadas através do prontuário do médico no RH da instituição contratante, associado a revisão de seu currículo aí disponível. Os demais grupos – PSF e médicos em atividade na capital em 2005, são provenientes de relatos de entrevistas.

Assim, dos médicos do QUALIS em 99, apenas 43% tinham concluído a Residência Médica, exatamente a metade do percentual referido pelo conjunto dos médicos da capital (86%). Quanto à especialização, menos de 30% tinham realizado algum curso ou tinham título de especialista no QUALIS, enquanto para o conjunto dos médicos este percentual atingia 39%. Já para os médicos do PSF, apenas 37% concluíram alguma residência médica, percentual efetivamente muito baixo, mas compatível com o aumento significativo de médicos mais jovens. A principal residência referida foi a de Pediatria (40% daqueles que possuíam residência, seguidos de Clínica Médica, Ginecologia e Obstetrícia, Cirurgia e num percentual ainda pequeno Saúde da Família. Chama a atenção ser relatadas ainda que em um percentual bastante reduzido 14 outras especialidades, o que é um indicativo de uma diversidade muito grande de perfis profissionais atuando no PSF. Quanto à especialização 52% dos médicos do PSF, concluíram algum curso, aparecendo em primeiro lugar, com 9,5% do total de médicos, a especialização em Saúde da Família, seguidas de Pediatria, Clínica Médica, Medicina do Trabalho, Saúde Pública, Ginecologia e Obstetrícia e mais 19 outras especialidades. Sob esta perspectiva é possível que esteja havendo um incremento na formação especializada formal dos médicos, como crescimento da Saúde da Família, porém com uma dispersão ainda muito grande, e evidentemente com um aprofundamento menor que o oferecido pela Residência.

Alguns dados merecem voltar a ser destacados em relação a esta diversidade de profissionais que hoje atuam no PSF. Em relação a experiência profissional, este é o primeiro emprego para 30% dos médicos, um número bastante expressivo, também compatível com como o crescimento percentual de médicos mais jovens. Em relação as experiências profissionais, aqueles 70% que já tiveram experiência anterior, 95% já atuaram em mais de um tipo de serviço – hospitais, postos de saúde ou outras

atividades e existe um percentual razoável, cerca de 10%, provavelmente dentre aqueles mais experientes que já atuaram em docência, o que também é um componente importante para atividade a ser desenvolvida. A prática profissional majoritária foi exercida em clínica média, seguida de pediatria e ginecologia, mas 43% atuaram em outras especialidades, e 50% atuaram em mais de uma especialidade – uma concentração em áreas gerais, associada a uma dispersão grande por outras áreas remete de novo à diversidade.

Outra questão importante é a aparente alta rotatividade de profissionais, pelo tempo médio de atuação no projeto, o que para um programa que pretende se sustentar no estabelecimento do vínculo com a comunidade, é evidentemente muito ruim, é de se perguntar se esta rotatividade se apresenta para todos os profissionais nas diferentes faixas ou tende a concentrar-se em determinados segmentos.

Não foi possível promover os cruzamentos adequados para responder a estas questões, mas algumas informações podem sugerir a existência de diferentes grupos. Por um lado 33% dos médicos já tiveram experiência anterior no PSF o que é muito significativo. E cerca de 40% já tem mais de três anos no PSF – mesmo considerando ainda uma rotatividade elevada, é possível que já esteja começando a se constituir uma massa de profissionais efetivamente vinculadas a um projeto de trabalho relacionado ao PSF, o seria muito importante para a consolidação de uma política pública na área.

Em resumo, temos cerca de 1/3 dos médicos, para os quais esta é a primeira experiência profissional, cerca de 1/3 que já passaram pela atividade de saúde da família, alguns com mais de 5 ou mais anos de experiência, e cerca de 1/3 numa enorme diversidade de experiências e expectativas a respeito do programa.

Nesta realidade seria absolutamente fundamental para o sucesso da política, a efetiva realização de um processo de educação permanente, não apenas para qualificar os profissionais, principalmente o mais novos, mas principalmente, para intercambiar e afinar concepções e práticas a respeito do PSF, aproveitando inclusive a experiências inter-pares no processo educativo. Mesmo porque considerando-se as normas de funcionamento e trabalho do programa tais atividades colocam exigências mínimas de envolvimento psico-afetivos para o desempenho da função, que o permitem diferenciar por exemplo das atividades desenvolvidas em Pronto Socorros, ou em ambulatórios de medicina de grupo.

Entrevistas

Conforme já relatado na metodologia, os questionários aplicados apresentam diferenças importantes em termos de extensão e aprofundamento dos temas discutidos, ainda que sejam bastante semelhantes quanto aos objetos centrais das questões. Por outro lado, o que um questionário gera em termos de aprofundamento e discussão do tema com os entrevistados, o outro possibilita aplicação em larga escala e diversidade de respostas.

Entretanto ainda que com algumas nuances significativas ambos os estudos chegam a respostas muito semelhantes entre si.

Assim, no que diz respeito à escolha da profissão ela é principalmente orientada pelo desejo de ajudar aos outros, a uma preocupação social importante, associadas a vocação, ao desafio, à identificação com a ciência e a biologia – estas em geral desenvolvidas na escola, e em alguns casos a médicos próximos que serviam como exemplo, modelo. Em alguns casos transparece também a expectativa de ascensão e de uma condição de vida melhor. Chama a atenção no QUALIS, que explora também a história de vida pessoal, o relato em quase todos os profissionais de uma origem de classe média, média baixa, com pessoas que tiveram dificuldade para custear seus estudos, por um lado, mas que também tiveram experiências de vida relacionadas a atividades comunitárias ou a preocupações/atividades políticas ou sociais. Assim ainda que não seja um grupo de militantes políticos, ou que todos sigam uma mesma ideologia, é um grupo com sensibilidade e em alguns casos, envolvimento social importante.

Este envolvimento vai se refletir evidentemente na adesão ao Programa de Saúde da Família. Esta identificação com a integralidade da atenção, trazida pela proposta, associada a possibilidade do trabalho com a comunidade, com a atividades educacionais, para além das práticas exclusivamente assistenciais, com um modelo entendido como ideal para a saúde pública, mais resolutivo e mais humanizado, são as justificativas mais frequentes para a opção pelo QUALIS/PSF. Para o grupo QUALIS em particular aparece também o relato de uma insatisfação com a prática anterior, com experiências de atendimento em medicinas de grupo e pronto socorros, em geral vistos como práticas incapazes de estabelecer uma relação mais próxima e continuada com os pacientes. Mas também é referida a atratividade de uma relação de

trabalho mais estável, com remuneração adequada e a oportunidades de estudo e aprendizado. O grupo do PSF, mantém a profissão de fé com a proposta, com todas as suas variações, mas permite a identificação de outros interesses – salário, estudar para a residência, oportunidade de conhecer uma coisa nova que nunca tinha experimentado, o desafio, a recuperação de uma prática tida como ideal, depois de aposentado. Neste sentido enquanto o grupo anterior parece apresentar uma opção profissional mais definida, eventualmente mais amadurecida, em função de serem profissionais com mais tempo de formados, o grupo atual, que continua referindo sua forte identificação com a proposta em sua maioria, permite perceber também opções mais transitórias, mais diversificadas, como uma alternativa conjuntural dentre tantas, ou mesmo como uma etapa para alcançar outros objetivos.

Por outro lado manifesta-se tanto no QUALIS, através de perguntas diretas – o que é o QUALIS para você?, como pelos discursos referentes aos interesses e motivação para trabalhar no PSF, uma forte adesão a potencialidade dada pelo projeto/programa no desenvolvimento de oferecer atenção integral e humanizada a uma população necessitada. Entretanto, esta concepção da atenção integral assume diferentes nuances.

Vai desde a integralidade concebida como incorporação ao atendimento individual de aspectos preventivos, chegando até concepções mais ampliadas que entendem a proposta como um novo modelo de saúde pública, onde além da abordagem do indivíduo, pretende-se também atuar sobre a família e a comunidade, não apenas em ações educativas, mas promovendo a cidadania, a organização da comunidade para uma melhoria global na qualidade de vida da população. Esta diversidade de concepções de integralidade traz por um lado um aspecto muito positivo em relação ao comprometimento com o cuidado, e de alguma forma emponderam o profissional para esta prática – colocam-no realizando uma atividade nobre, digna, socialmente justificada, mas podem também se traduzir em práticas bastante diferenciadas e eventualmente contraditórias no seu exercício cotidiano.

Como já discutido, estas concepções difusas de integralidade, entretanto, pode ser fortemente questionada quando se observam os relatos da prática cotidiana dos profissionais do QUALIS. A organização da agenda semanal e o envolvimento do profissional no conjunto das atividades dão conta de uma prática altamente concentrada nas atividades de atendimento clínico individual. Isto ocorre não só pela grande concentração nas atividades de consulta, o que seria de fato inevitável, mas

também o pouco envolvimento dos médicos em algumas atividades que permitiriam ao profissional conhecer e interagir melhor com a comunidade e com as famílias, como o cadastramento relegado quase que exclusivamente aos agentes, ou como as visitas domiciliares, realizadas, na maior parte das vezes para casos mais graves ou em situações de pacientes acamados.

Ao mesmo tempo as concepções sobre as ações de Planejamento e os registros para informação se por um lado, permitem incorporar certa dimensão coletiva na prática, permitindo identificar prioridades gerais, na realidade parecem estar muito mais orientados e relacionados ao enfrentamento e organização dos problemas do dia a dia, entendido com frequência como reuniões diárias e semanais para organização de atividades.

Neste sentido os profissionais parecem viver um uma constante tensão ente um modelo, uma proposta ideal (porém com aspectos bastante diferenciados para cada um deles), em relação á qual percebem avanços e resultados positivos, principalmente nas relações mais humanizadas e continuadas com os usuários, em atividades educacionais desenvolvidas, bem como articulações para melhorias sociais com algumas comunidades, e a realidade do conjunto do sistema de saúde, que não lhes garante referencia e suporte, as necessidades da população que demandam continuamente consultas não programadas, e desorganizam os fluxos propostos e suas próprias incompetências para dar conta do conjunto de questões e problemas com os quais o programa se propõe a lidar.

É neste sentido que se pode entender também a forte identificação que os médicos tem com a equipe. É nesta relação que se constroem todas as alternativas e se partilham expectativas e frustrações no trabalho. Sem dúvida o profissional percebe a sua dependência em relação ao agente para as atividades extra-muros, para sua compreensão a atuação junto a comunidade, como identifica a possibilidade efetiva de divisão de trabalho com a enfermeira, inclusive em atividades assistenciais. Entretanto, como esta divisão também significa partilhar a decisão, e o poder, ás vezes esta situação também gera conflitos importantes, principalmente para aqueles profissionais menos acostumados e menos envolvidos com o projeto.

Assim, os motivos de satisfação no trabalho estão fortemente dirigidos, principalmente no QUALIS pelos resultados decorrentes de um atendimento continuado e de uma relação de longo prazo com a clientela, da autonomia para a prática em relação a

experiências anteriores, além da satisfação com certas atividades específicas (grupos, visitas domiciliares) e articulações bem sucedidas com a comunidade. No PSF aos aspectos relacionais possibilitados pelo programa – reconhecimento por parte da população, relacionamento intra-equipe, interação com a comunidade, sentir-se útil e importante no trabalho realizado, bem como com alguns resultados alcançados, permitidos pela continuidade do cuidado, associa-se também a novidade da prática - a diversidade de ações desenvolvidas e a possibilidade aquisição de novos conhecimentos, e atualização também são referidos.

A insatisfação é gerada por dois núcleos principais de questões – condições diretas de trabalho – incluindo aí estrutura física, remuneração, medicamentos, pessoal despreparado, mas também, com muita intensidade e ponto fundamental a retaguarda para exames complementares e para encaminhamentos, e a alta demanda gerada principalmente pelo acolhimento. Aparecem também insatisfação com a capacitação e queixas relativas a gestão, tensão intra-equipe e incompreensão por parte da população sobre os propósitos do programa. No QUALIS aparece com muita intensidade a ampliação do número de família por equipe, a impressão de um dimensionamento inadequado da equipe em relação à demanda e a implantação do acolhimento como elemento de desorganização do trabalho, além da já evidente insatisfação com a referência e contra-referência. A frustração com a incapacidade de enfrentar o conjunto de problemas sociais com os quais as equipes se deparam, também começa a aparecer como elemento importante.

As sugestões apresentadas são decorrências destas expectativas e insatisfações referidas. No QUALIS uma sugestão quase unânime refere-se à importância de expansão do projeto para a cidade e da vontade política para garantia de sua continuidade.

Aparecem também como sugestões significativas a necessidade de melhoria da referência e contra-referência e da intensificação das parcerias com instituições universitárias na perspectiva de se garantir tanto a qualificação necessária, como as referências para os serviços de maior complexidade. Por outro lado, particularmente em relação a capacitação esta aproximação é desejada para que as universidades também aprendam com a realidade dos serviços, bem como considera-se necessário a instituição de processos de capacitação baseadas em discussões e trocas de experiências inter-pares, entre os próprios profissionais das equipes. Aparecem também muitas sugestões relativas a ampliação das equipes com outros profissionais

nas áreas em que os médicos apresentam maior dificuldade: fisioterapeutas, psicólogos e assistentes sociais e eventualmente a incorporação de Pediatras.

Já no PSF as sugestões não se alteram muito, mas ganham mais especificidade – assim além de sugestões relativas a disponibilidade de medicamentos e melhorias de condições físicas de trabalho, surgem também sugestões mais diretas relativas às questões trabalhistas - melhoria salarial, adicional para transporte, carreira, redução de carga horária; a necessidade de treinamento é intensamente enfatizada, indo desde de capacitações voltados para temas específicos, passando por especializações em Saúde da Família e aparecendo aqui também a sugestão para maior intercâmbio entre os profissionais, ou capacitações realizadas com profissionais mais experientes no PSF, no sentido de orientar o como fazer; o estabelecimento de fluxos e serviços de referência e contra-referência também são intensamente sugeridos, assim como o acesso a especialistas e exames; reitera-se a importância de ampliação da equipe e de ampliar o número de equipes por região, algumas sugestões apontam no sentido de estabelecimento de um melhor planejamento das ações e da adoção de protocolos de prática; alguns sugerem também o estabelecimento de mais serviços de Pronto Atendimento próximos as Unidades de Saúde da Família, como mecanismos de reduzir a demanda do acolhimento e o desenvolvimento de campanhas de orientação à população sobre o funcionamento do PSF. Finalmente enquanto alguns apontam a necessidade de retomar as propostas iniciais do programa, outros sugerem a incorporação definitiva de outros especialistas dada a impossibilidade do médico de família deter todas as competências necessárias para desenvolver as tarefas que lhes são colocadas. O conjunto de sugestões apresentadas representa a mesma tensão entre projeto idealizado e realidade profissional e do sistema, voltadas fundamentalmente para o como fazer.

Com a diferença que no momento inicial a grande questão estava centrada na continuidade/ampliação do projeto e agora com os mesmos problemas percebidos anteriormente, voltadas para a gestão e operação de um programa com uma dimensão muito maior que a anterior, e que na verdade, expandiu suas atividades sem conseguir resolver os problemas anteriormente colocados. Conta atualmente com uma diversidade de parceiros e profissionais muito maior e portanto, com uma necessidade de articulação muito mais ampla, em termos de integração do PSF com a rede, com as instâncias formadoras, com os parceiros e com as expectativas dos profissionais envolvidos.

Quanto à perspectiva de Futuro Profissional, mais uma vez QUALIS e PSF se parecem muito. Aparentemente por óbvio que isto pareça podem identificar-se três padrões básicos – aqueles que desejam continuar no QUALIS ou no PSF. Estes são absoluta maioria – alguns, para além da continuidade simples, pretendem contribuir o desenvolvimento do programa e sua expansão. Alguns inclusive desejam aprimorar seus conhecimentos e realizar especializações, mestrado e até docência específica na área.

Este comprometimento mais profundo pode ser mais identificado entre os médicos entrevistados do QUALIS, até porque sua participação na entrevista foi mais dirigida e a entrevista desenvolveu-se em maior profundidade. Uma variação deste grupo são aqueles que querem continuar inclusive com uma dupla militância, atuando tanto como Médico de Família, como em outra especialidade fora do PSF. Uma segunda categoria refere-se àqueles que pretendem continuar enquanto estiver bom, enquanto tiverem disposição para o trabalho, enquanto estiverem aprendendo. Referem gostar da proposta, mas identificam suas limitações, e trabalham no sentido de um enriquecimento pessoal, mas não se vêem nesta atividade em longo prazo. Finalmente alguns, em menor quantidade, mais freqüentes no grupo do PSF, estão no projeto de passagem, esperando a oportunidade para uma outra inserção – residência, trabalho melhor, etc.

Chama à atenção, entretanto, a alta identificação com a proposta relatada pelo conjunto dos profissionais, bem como os altos índices de satisfação referidos. Tal padrão de resposta não é compatível com serviços considerados apenas transitórios, um bico para sobrevivência, enquanto não se encontra um melhor posto de trabalho. É muito provável que um número muito grande médicos que estão no PSF hoje não se disponha a atuar durante toda sua carreira profissional nesta área, não apenas pela remuneração, mas também por uma perspectiva de evolução limitada no longo prazo, além de evidentemente o desgaste decorrente de trabalhar durante muito tempo e muito próximo com populações significativamente carentes. Cabe, portanto, ao gestor ser capaz de identificar aqueles efetivamente comprometidos e possibilitar estratégias de sustentação e retenção destes profissionais, desenvolvendo não só mecanismos de atração de curto prazo, mas estratégias para que aqueles que se identifiquem com o programa, possam ser bem recebidos e adequadamente capacitados desde o seu início, mas também que tenham de fato perspectivas de crescimento e desenvolvimento em longo prazo.