

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE EDUCAÇÃO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO

JOSÉ MAURO CERATTI LOPES

A PESSOA COMO CENTRO DO CUIDADO:

***a abordagem centrada na Pessoa no processo de produção do Cuidado médico
em Serviço de Atenção Primária à Saúde***

PORTO ALEGRE

2005

JOSÉ MAURO CERATTI LOPES

A PESSOA COMO CENTRO DO CUIDADO:

***a abordagem centrada na Pessoa no processo de produção do Cuidado médico
em Serviço de Atenção Primária à Saúde***

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação da Faculdade Educação da UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em EDUCAÇÃO.

Orientador: Prof. Dr. Jorge Alberto Rosa Ribeiro

PORTO ALEGRE

2005

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

L864p Lopes, José Mauro Ceratti
A pessoa como centro do cuidado: a abordagem centrada na
pessoa no processo de produção do cuidado médico em serviço de
atenção primária à saúde / José Mauro Ceratti Lopes. - Porto Alegre,
2005.
222 f.

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Educação, UFRGS,
2005. Orientador: Prof. Dr. Jorge Alberto Rosa Ribeiro

1. Medicina de Família. 2. Relação Médico-Paciente. 3. Cuidado
Centrado na Pessoa. 4. Método Clínico. 5. Processo de Trabalho.
I. Título. II. Ribeiro, Jorge Alberto Rosa.

Bibliotecária Responsável: Andréa Fontoura da Silva. CRB 10/1416

JOSÉ MAURO CERATTI LOPES

A PESSOA COMO CENTRO DO CUIDADO:

***a abordagem centrada na Pessoa no processo de produção do Cuidado médico
em Serviço de Atenção Primária à Saúde***

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação da Faculdade Educação da UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em EDUCAÇÃO.

APROVADA PELA BANCA EXAMINADORA

Porto Alegre, 18 de novembro de 2005.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Dr. Jorge Alberto Rosa Ribeiro

Prof. Dr. Airton Stein

Prof. Dr. Nilton Bueno Fischer

Prof. Dr. Waldomiro Carlos Manfroi –

Aos meus pais, Nair e José, pelo exemplo em “saber ser”.

Aos amigos desde sempre Luiz Gustavo e Josué, pela presença constante mesmo na distância, verdadeiros *alter egos*.

Ao amigo Luiz Felipe, amigo e parceiro de muitas atividades, especialmente desta.

Ao Dr. Carlos Grossman pelos ensinamentos, “modelagem” e referência constante na prática médica.

A Vivianni pelo amor, compreensão, apoio e tolerância com a “bagunça da papelada”.

A Paula e Bruna, pela paciência e ajuda ao *pai-aluno*.

AGRADECIMENTOS

Aos Professores do Colégio Estadual Castilhense, de Júlio de Castilhos: Terezinha (Geografia), José Ênio (Ciências), Sônia (Ciências), Neuza (História), Evalcir (Português), que contribuíram significativamente na minha formação.

Ao Grupo Conceição pela liberação que possibilitou a realização do Mestrado.

Aos colegas da Unidade Conceição por “segurarem as pontas” nas ausências.

Aos colegas de Mestrado Terezinha, Beto e Lúcio pela troca e convívio.

Às-pessoas-que-buscam-ajuda, que fazem a satisfação pela prática médica, sendo fonte constante de ensinamento e motivação.

Aos alunos do Curso de Medicina da Universidade de Caxias do Sul, pelas discussões que motivaram e enriqueceram este período.

Aos Professores Airton Stein, Nilton Fischer e Waldomiro Manfroi pelas contribuições que deram à construção e finalização desta dissertação.

Ao Professor Jorge Alberto Rosa Ribeiro pelo acolhimento, dedicação e paciência.

RESUMO

Assumindo que uma atuação centrada na Pessoa é considerada imprescindível para um bom desempenho do médico de família e comunidade, a pesquisa apresentada nesta dissertação foi realizada objetivando identificar se estão presentes na prática os componentes que caracterizam inequivocamente o Método de Abordagem Clínica Centrada na Pessoa. O corpo da pesquisa foi constituído por médicos de família e comunidade e pessoas atendidas por eles em três das Unidades da Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC–GHC), considerado o principal e mais qualificado centro de assistência e formação em atenção primária do Brasil, o que constitui um recorte do conjunto de serviços de atenção primária do Brasil. A pesquisa realizada é um estudo de caso, sendo os dados coletados a partir de falas de médicos de família e falas de pessoas atendidas por estes médicos, cujos depoimentos foram registrados em fitas magnetizadas de áudio e posteriormente transcritos. A seqüência do trabalho deu-se com a análise a partir de referencial teórico composto por diversos autores, utilizando-se como metodologia o Discurso do Sujeito Coletivo. No primeiro momento são focadas, separadamente, as falas de médicos de família e comunidade e pessoas atendidas. E num segundo momento, de conclusão, identificam-se aspectos comuns ou contraditórios nestes discursos, e ressaltam-se aqueles que podem contribuir na reflexão sobre a formação médica, do trabalho em equipe e especialmente na especialização em Medicina de Família e Comunidade.

Palavras-chave: Relação Médico-Paciente. Cuidado Centrado na Pessoa. Medicina de Família. Método Clínico. Processo de trabalho.

ABSTRACT

Assuming that an actuation concentrated on the Person is considered essential to a good practice of the community and family physician, research presented on this dissertation was accomplished with the purpose of identify if are presents the components that are characterized unequivocally the method of Clinical Approach Centered on the Person. The body of the research was established by community and family physicians and attended persons by them on three Unites of Health Community Service of the Grupo Hospitalar Conceição (SSC–GHC), considering the leading and more qualified center of assistance and training on primary care of Brazil, which consists in a cropping of the set of primary care services in Brazil. The researched accomplished is a study of case, being the data collected based on family physicians and attended persons by them reports, whose depositions were registered using magnetized audio tapes and later transcribed. The sequence of the dissertation was based on the analyses of the theoretical references composed by several authors, using as methodology the Collective Subject Speech. At first are emphasized, separated, the depositions of the community and family physicians and of the attended persons. And on a second moment, of conclusion, are identified, common or contradictories aspects on this depositions, and concluding are presented suggestions that can give subsidies to modify the medical training, and specially on the speciality on Family and Community Health Care.

Key Words: Patient-Physician Relationship. Person-Centered Care. Family Medicine. Clinical Method.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	O Primeiro Divã – O muro do Chalé da Família Guilhermano.....	13
Figura 2	Dr. Marcus Welby e seu assistente em atendimento.....	14
Figura 3	Localização das Unidades do SSC-GHC em Porto Alegre.....	20
Figura 4	O Mago e Comendador - Dr. Carlos Grossman.....	24
Figura 5	Localização e dimensão das áreas de abrangência das Unidades pesquisadas.....	33
Figura 6	A Pessoa decide.....	36
Figura 7	Árvores: saudável (A) e doente (B)	44
Figura 8	Aspectos da prática do médico de família.....	98
Figura 9	Tecnologia na Saúde.....	112
Figura 10	Saúde como fenômeno integrativo.....	118
Figura 11	Orientações para diminuir dificuldades de relacionamento.....	122
Figura 12	A interação entre os seis componentes do M CCP.....	128

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Os princípios do médico de família.....	37
Quadro 2	Número e Percentuais de Cursos de Medicina e de Vagas por Unidade da Federação - Brasil / Julho 2003.....	88
Quadro 3	Entrevista com as pessoas.....	140
Quadro 4	Entrevista com médicos de família e comunidade.....	141
Quadro 5	Perfil dos Médicos de Família e Comunidade entrevistados.....	150
Quadro 6	Perfil das Pessoas Entrevistadas.....	162
Quadro 7	Comparação de Idéias Centrais e DSC de Médicos e Pessoas: um caminho para as conclusões.....	172

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
1.1	O SERVIÇO DE SAÚDE COMUNITÁRIA DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO (SSC-GHC)	17
1.1.1	História e contextos.....	18
1.1.2	Os serviços prestados e a organização das unidades.....	23
1.1.3	As unidades de saúde do SSC-GHC pesquisadas.....	28
1.1.3.1	Unidade Conceição.....	29
1.1.3.2	Unidade Jardim Floresta.....	30
1.1.3.3	Unidade Coinma.....	31
2	CONSTRUÇÃO DO PROBLEMA.....	34
2.1	MÉDICOS E PESSOAS: DA SUBMISSÃO A INTERAÇÃO.....	34
3	O CONTEXTO COMO JUSTIFICATIVA DO TEMA.....	39
4	REFERENCIAL TEÓRICO.....	42
4.1	CUIDADO.....	42
4.2	PESSOA.....	45
4.2.1	O paciente como Pessoa ou a Pessoa como paciente?	51
4.3	AUTONOMIA E MODELOS DE ABORDAGEM MÉDICA.....	59
4.3.1	Modelos de abordagem médica.....	60
4.3.2	Autonomia.....	62

4.4	NO BRASIL: A SAÚDE, O MERCADO DE TRABALHO E O ENSINO MÉDICO.....	70
4.5	A MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE E O MÉDICO DE FAMÍLIA.....	96
4.5.1	A medicina de família e comunidade.....	96
4.5.2	O médico de família e comunidade.....	97
4.6	O PROCESSO DE TRABALHO.....	99
4.6.1	O processo de trabalho na saúde.....	101
4.6.2	A prática médica.....	107
4.7	A TECNOLOGIA NA MEDICINA.....	109
4.8	CONSULTAGEM E O PROCESSO DE CUIDAR.....	118
4.9	O MÉTODO CLÍNICO DE ABORDAGEM CENTRADO NO PACIENTE	124
4.9.1	Os componentes do método clínico centrado no paciente.....	129
4.9.1.1	1º componente - Explorando a Experiência com a Enfermidade e com a Doença.....	129
4.9.1.2	2º componente - Entendendo a Pessoa como um todo, inteira.....	130
4.9.1.3	3º componente - Buscando um projeto comum ao médico e ao Paciente para manejar os problemas.....	131
4.9.1.4	4º componente - Incorporando prevenção e promoção da saúde.....	132
4.9.1.5	5º componente - Intensificando a relação médico-paciente.....	133
4.9.1.6	6º componente - Sendo realista.....	133
5	O ESTUDO.....	135

5.1	A PESQUISA QUALITATIVA E O MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NA PESSOA.....	136
5.2	OS ENTREVISTADOS.....	137
5.3	O ENTREVISTADOR.....	138
5.4	AS ENTREVISTAS.....	139
5.5	O MODELO DE ANÁLISE.....	144
5.6	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO.....	144
5.6.1	Expressões chave.....	145
5.6.2	Idéias centrais.....	145
5.6.3	Ancoragem.....	146
5.6.4	Discurso do sujeito coletivo.....	146
6	O DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO SOBRE A CONSULTAGEM.	149
6.1	A CONSULTAGEM VISTA PELO MÉDICO DE FAMÍLIA E COMUNIDADE	150
6.2	A CONSULTAGEM PERCEBIDA PELA PESSOA-QUE-BUSCA-AJUDA.....	161
7	CONCLUSÃO.....	186
	REFERÊNCIAS.....	196
	REFERÊNCIAS CONSULTADAS.....	202
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO PARA PESSOAS.....	205
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO PARA MÉDICOS DE FAMÍLIA.....	206

APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTAS PARA PESSOAS ATENDIDAS.....	207
APÊNDICE D - ROTEIRO DAS ENTREVISTAS COM MÉDICOS DE FAMÍLIA E COMUNIDADE.....	210
APÊNDICE E - ROTEIRO DA ENTREVISTA COM DR. CARLOS GROSSMAN	213
ANEXO A – TRABALHOS DE ALUNOS EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	214

1 INTRODUÇÃO

— Você está colocando todos nós na água quente. Nossos pacientes dizem-nos que não somos tão bons para eles como o Doutor Welby.¹

A preocupação em ser um médico voltado para as pessoas, humano, interessado pelos seus problemas, inicia muito antes do curso de medicina. Vem de valores familiares, das conversas de adolescente e planos que fazíamos sentados nos muros de nossas casas ou no “campinho” após o futebol (Figura 1). Dentre às motivações familiares em cursar medicina, provavelmente contribuiu o fato de meu pai – José Joaquim Lopes – ter iniciado Medicina, que foi interrompida devido questões políticas da época, e retornando no curso de Medicina-Veterinária, o qual concluiu, atuando como técnico na fiscalização de carnes do Ministério da Agricultura. História contada e recontada diversas vezes, junto com o estímulo e aconselhamento para estudar.



Figura 1- O Primeiro Divã – O muro do Chalé da Família Guilhermano

Fonte: Álbum de Família do Autor, sem data

¹ Relato de Joseph Turow, em site sobre cinema – palavras que foram ditas por um jovem médico para Robert Young, ator que representava o Dr. Marcus Welby, durante uma convenção de médicos de família, mostrando a repercussão da série que foi apresentada pela rede ABC de 1969 a 1976.

Estes aspectos familiares foram com certeza temperados pelo Dr. Marcus Welby (estrelado por Robert Yuong) e seu assistente Doutor Steven Kiley (representado por James Brolin), personagens do seriado *Marcus Welby* exibido pela TV Gaúcha, (Figura 2), que apresentava um médico de família americano profundamente interessado nos problemas de seus pacientes, amigo, conselheiro e solucionador de problemas, cuidando de todos os tipos de pessoas em qualquer situação e condições, nos melhores e piores momentos; e cuja atuação extrapolava o consultório, indo atrás do que era melhor para a Pessoa sob seus cuidados. Outra marca foi ler “A Cidadela” (CRONIN, 1937), romance que conta trajetória do personagem Andrew Manson, jovem médico, recheada por dilemas éticos e morais da profissão médica e da sociedade no Reino Unido por volta de 1920.



Figura 2 – Dr. Marcus Welby e seu assistente em atendimento
Fonte: TIM'S TV SHOWCASE, [200?].

A Faculdade de Medicina na Universidade Católica de Pelotas, apesar de ter em seu corpo docente diversos profissionais de grande capacidade técnica e reconhecimento, não atendeu a estas expectativas, pois pouquíssimos professores se aproximaram deste médico idealizado, bem como o aprendizado não teve a aura, a atmosfera esperada, sendo fragmentado e desconexo, sendo utilizados então como modelo do “ser médico”, alguns professores de perfil mais aproximado, em geral pediatras e internistas. Neste período da graduação sempre foram ressaltadas a importância da relação médico-paciente e a necessidade de colocar em primeiro lugar os pacientes, e não as doenças. Mas nenhuma disciplina tratou disto de forma aprofundada, construindo ou apresentando algum instrumento ou metodologia a ser incorporada na valise tecnológica médica (MERHY, 2000), sempre predominando uma preocupação maior e explícita com o “saber” científico sobre a enfermidade (*disease*), seu diagnóstico e tratamentos.

Após a graduação (1980) e com o início da prática profissional em Medicina de Família e Comunidade, durante a Residência, ficou evidente que o método de abordagem aos problemas de saúde ensinado no curso de graduação, não dava conta das demandas deste novo cenário, surgindo necessidade de um método de abordagem diferente do tradicional, que ressaltasse e garantisse o cuidado voltado para as pessoas. Um cuidado baseado no interesse, na empatia, no atendimento humanizado, mas efetivo e promovedor de mudanças. Esta “deficiência” foi de certa forma resolvida pelo contato com o Dr. Carlos Grossman – finalmente um Marcus Welby! -, preceptor da Residência em Medicina de Família do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), que com sua característica pessoal, princípios próprios e uma metodologia de trabalho voltada *para* e *pelo* paciente, cria um novo paradigma de prática, embora empírico, que é incorporado e de grande valia no resgate daquele

médico idealizado. As raízes desta atuação do Dr. Carlos Grossman estão mais bem estabelecidas, através de entrevista sobre seu método de trabalho, que há alguns anos foi sistematizado no que ele denominou “Os Princípios do Doutor Grossman”:

- a) o paciente sempre tem razão;
- b) o paciente sempre diz a verdade;
- c) sempre é orgânico;
- d) sempre duvide de si mesmo.

Em 1996, ao realizar curso de capacitação para ensino da medicina de família com os professores Yves Talbot e Walter Rosser, canadenses da Universidade de Toronto, houve o primeiro contato com um método de abordagem estruturado, o *método clínico centrado no paciente*, que de certa forma, surpreendentemente, referendou, validou, e fundamentou a prática que desenvolvíamos, por vezes empírica e intuitivamente.

Durante um tempo, o método ficou “arquivado”, sendo novamente lembrado ao iniciar atividade como preceptor da Residência em Medicina de Família e Comunidade em Galópolis (2001-2005) e professor do Curso de Medicina na Universidade de Caxias do Sul (2002-2005), na cadeira de Atenção Primária à Saúde, quando houve a necessidade de desenvolver estratégia que contribuísse para modificar o perfil do egresso. A redescoberta do Método de Abordagem Clínica Centrada no Paciente revelou-se gratificante e de extrema utilidade, acrescida das categorias Cuidado e Pessoa. No Anexo A, temos o resultado deste processo exemplificado pelos trabalhos de conclusão do IV semestre do Curso de Medicina realizados por dois dos alunos.

A decisão de realizar o mestrado na Educação revelou-se acertada, pois permitiu conhecer e buscar outras referências teóricas e conceituais na construção de uma prática voltada para o ensino médico, buscando fugir dos caminhos tradicionais da formação médica.

O contato com os professores da Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, com uma formação pedagógica e metodologias e técnicas de ensino diversas, abriu novos caminhos e perspectivas tanto na prática docente junto aos alunos da Universidade de Caxias do Sul e Residentes do GHC, e também significou na prática médica.

Outro aspecto interessante foi o convívio com colegas das mais diferentes áreas de atuação profissional, o que também abriu novas percepções e permitiu interações e relações com a prática e o ensino médico.

Resolvi colocar a descrição do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição na introdução, pois isto de certa forma já foi inserido aqui, explicitando logo o campo da pesquisa.

1.1 O SERVIÇO DE SAÚDE COMUNITÁRIA DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO (SSC-GHC)

Retorno à Saúde Comunitária do GHC, em junho de 1997, e ao assistir as apresentações dos trabalhos, considero que sua maior beleza e compromisso estão se dando a partir do movimento de inquietude das equipes para, como sujeitos sociais, questionar e transformar o cenário sócio-sanitário que encontram diariamente. (VASCONCELOS², 1998, p. 163).

² Maria da Penha Vasconcelos é professora da Universidade de São Paulo, doutora em Educação. A citação encontra-se no livro "A Organização da Saúde no Nível Local" de Mendes EV (org), no capítulo "Reflexões sobre a Saúde da Família".

1.1.1 História e contextos

A história do Serviço de Saúde Comunitária (SSC-GHC) na verdade tem início em 1976 com a implantação da Unidade Sanitária Murialdo em Porto Alegre, pela Secretaria Estadual da Saúde. Tendo sido peça fundamental neste acontecimento a participação dos Drs. Elis Busnello e Carlos Grossman, que algum tempo depois é convidado para ser Coordenador da Residência em Medicina Interna do HNSC, onde tem a iniciativa de desenvolver Programa de Residência para formar médicos generalistas. Então, em 1980 é criada a *Residência em Medicina Geral*³ do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), pelo Dr. Carlos Grossman com participação do Dr. Jacques Bacaltchuck, visando capacitar médicos para atuar dentro de uma concepção “generalista”, com currículo amplo e flexível, possibilitando adequação individual para a futura prática de cada um. O programa era desenvolvido nos hospitais e emergências do Grupo Hospitalar Conceição, e postos da Secretaria Estadual de Saúde localizados na zona Norte de Porto Alegre e de Cachoeirinha⁴. Em 1982, para adequar-se à legislação da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) surgiu a idéia de implantar uma unidade de saúde *no próprio* HNSC. O projeto tinha suas bases nos Princípios da Atenção Primária à Saúde, em conceitos da Medicina de Família, na organização do Sistema Nacional de Saúde inglês, e recomendações do Relatório da Conferência de Alma-Ata (1978), com o objetivo de prestar cuidado à população vizinha ao Hospital e proporcionar formação pós-

³ Em 1981, é aprovada a Lei que cria a Residência em Medicina Geral Comunitária, uniformizando sob esta denominação os diversos programas existentes no país; e em 2001, após longo debate entre os associados, ocorre a decisão de alterar o nome da especialidade para “Medicina de Família e Comunidade”, o que é referendado e reconhecido pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e pela Associação Médica Brasileira (AMB).

⁴ Cachoeirinha é um dos municípios da Grande Porto Alegre, contíguo à Zona Norte de Porto Alegre.

graduada sob forma de residência médica, na área de Medicina de Família. Introduzia conceitos inovadores como: territorialização, adscrição da clientela, participação da população, trabalho comunitário, uso da consultoria (referência e contra-referência), assistência domiciliar, trabalho em equipe, dentre outros.

Esta proposta foi muito combatida pelo corpo clínico do Hospital, que pressionou a Diretoria para que não acontecesse, culminando com decisão do Corpo Clínico, em reunião onde foi apresentado o projeto, de *moção de repúdio a esta iniciativa*. Em determinado momento, segundo relato do Dr. Carlos Grossman que defendeu o projeto na reunião, foi usada a expressão “*câncer a ser extirpado*” para caracterizar a então denominada medicina generalista.

Apesar das pressões contrárias, em 26 de dezembro de 1982 inicia suas atividades no segundo andar do Bloco H do HNSC, a Unidade de Medicina de Família, com apoio e supervisão de profissionais da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (Carmen, médica; Bárbara, psicóloga; Tereza, pedagoga), que se transforma em Serviço de Saúde Comunitária a partir de 1985 com a criação de novas Unidades, totalizando hoje doze Unidades de Saúde (Figura 3), localizadas na região Norte de Porto Alegre com áreas adstritas, e responsáveis pela cobertura de cerca de 140.000 pessoas. As doze unidades atendem populações de características diferentes, que podem ser reunidas em quatro grupos de acordo com suas semelhanças.

Os dois extremos são a Unidade Santíssima Trindade (Vila Dique), localizada entre valões ao final da pista do Aeroporto Salgado Filho, onde população é composta de migrantes trabalhadores informais, cuja principal fonte de renda provém da coleta e reciclagem de lixo; e a Unidade Conceição que abrange uma população diversificada

composta principalmente de trabalhadores do comércio, funcionários públicos, pequenos empresários, com todas condições de saneamento e infra-estrutura.

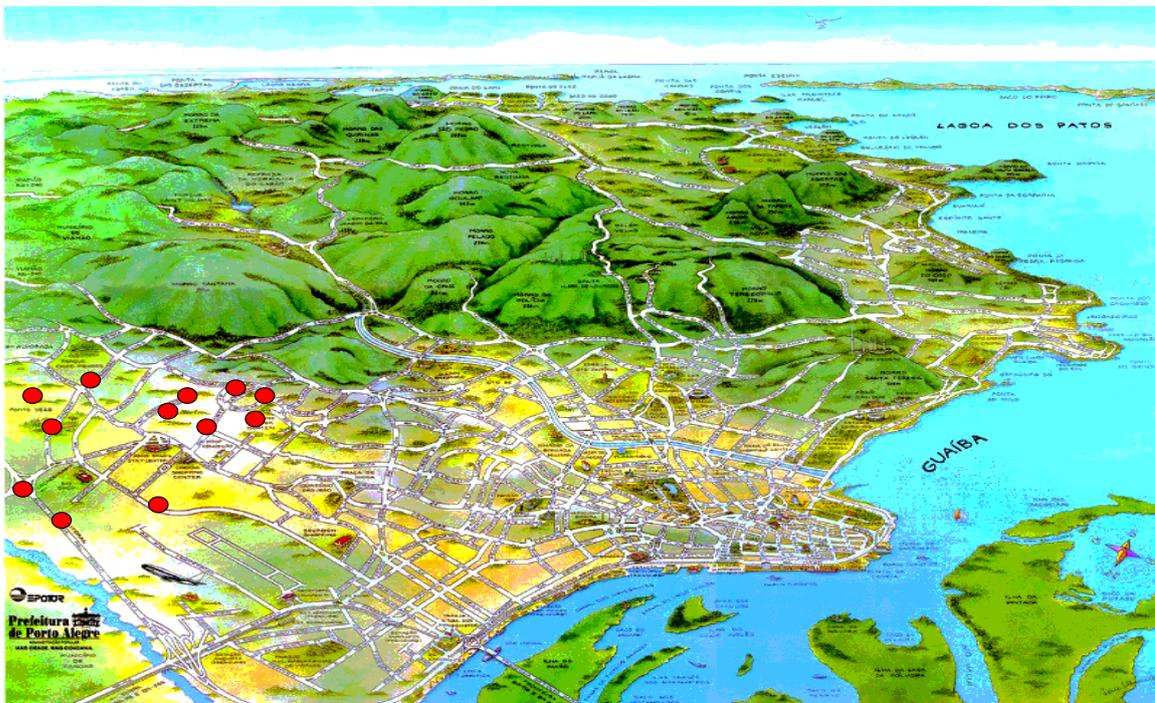


Figura 3 – Localização das Unidades do SSC-GHC em Porto Alegre
Fonte: MUCILLO, 2003.

O SSC ao longo destes anos de existência tem participado e sofrido por todas as mudanças que ocorreram no setor saúde no Brasil. Logo no início, no auge das primeiras tentativas de construção do modelo assistencial, a grande discussão era entre o *sanitarismo* e a *clínica generalista*, considerada por muitos como medicina para pobres, e por outros como importação do modelo “médico de família americano”. Época de grandes conflitos e debates, que repercutiu na denominação escolhida para a especialidade médica que era criada: *medicina geral e comunitária*. Algo complexo e difícil de explicar, que acabava sendo resolvida pela expressão: “igual ao antigo médico de família”. Levamos 20 anos para mudar esta denominação!⁵ Estas

⁵ Em 2001, após longo debate entre os associados, ocorre a decisão de alterar o nome da especialidade de “Medicina Geral Comunitária” para “Medicina de Família e Comunidade”, o que é referendado e reconhecido pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e pela Associação Médica Brasileira (AMB).

discussões também se faziam representar dentro do SSC, onde desde o início havia grupos com concepções diferentes sobre como desenvolver a mesma prática. Já no início, houve resistências à que a primeira Unidade fosse implantada dentro do hospital, algo que para alguns até hoje é inaceitável, mas que certamente teve importância “geopolítica” na instituição, possibilitando o início e manutenção do SSC. Além das divergências conceituais internas no SSC, as pressões e tentativas de fechá-lo persistiram, inicialmente ainda proporcionadas por remanescentes do Corpo Clínico que tentou impedir sua criação, e depois por convicções de técnicos e gestores das diversas instâncias da saúde, principalmente a nível federal. A questão sempre colocada era a de que um grupo hospitalar com a complexidade do GHC não deveria envolver-se com atenção primária à saúde. Estes fatos repercutiram na organização do SSC, que até este momento não conseguiu alocar em suas Unidades equipe multiprofissional com número de profissionais adequados a proposta de atuação, assim como ainda existem Unidades com instalações físicas a desejar.

Verifica-se então que o Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC-GHC) precede e constitui-se num dos marcos contribuintes ao processo de mudança do Sistema Único de Saúde brasileiro (1998), serviu de base para a criação e implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) do Ministério da Saúde (1994), continua sendo referência na construção do novo modelo assistencial, é o maior formador em Medicina de Família e Comunidade do país, através da Residência Médica, implantou Residência Multiprofissional em Saúde em 2004 (enfermagem, odontologia, serviço social e psicologia), participa ativamente na capacitação de profissionais para a ESF, e serve como local para estágio curricular para diversos cursos da área da saúde.

O SSC-GHC tem dentro de suas raízes históricas e princípios uma preocupação fundamental na relação do médico com as pessoas sob sua responsabilidade, representada dentre tantas atividades pela utilização dos “grupos Balint” sob coordenação do Dr. David Zimmermann⁶ (1980-1981) e Dr. Paulo Sérgio Rosa Guedes; por ensinar aos médicos de família uma abordagem familiar com supervisão dos Drs. Alberto Stein e José Ovídio Valdemar⁷ (1985-1987); pelos intercâmbios com a Inglaterra (Drs. Cecil Helman e Andrew Heines); e na realização de curso para formação de professores em Medicina de Família com professores canadenses Yves Talbot e Walter Rosser, que apresentou o método clínico centrado no paciente e reforçou a necessidade de uma abordagem familiar aos problemas de saúde.

Deve ser destacada a constante preocupação do SSC com o que faz e com a qualidade do que faz, avaliados continuamente através de diagnósticos de comunidade e demanda, e implantação de um sistema de informações, permitindo ao SSC conhecer-se melhor e orientar suas atividades de assistência individuais e coletivas. Como resultado tem indicadores de qualidade (cobertura vacinal, cobertura pré-natal, prevenção câncer ginecológico, puericultura) de acordo com o recomendado e superando muitos serviços similares.

A situação atual do SSC-GHC é de continuada e longitudinal incerteza e apreensão quanto ao seu destino, devido às constantes mudanças nas propostas sobre o modo e papel através do qual deve integrar-se ao sistema de saúde do município de Porto Alegre e às políticas do Ministério da Saúde, havendo intensa e

⁶ David Epelbaum Zimmermann - Médico Psiquiatra, Grupoterapeuta, Ex-Presidentes da Sociedade de Psiquiatria da Amrigrs, Ex- presidente da Sociedade de psicoterapia Analítica de Grupo de Porto alegre, RS, Psicanalista didata da Sociendade Psicanlítica de porto Alegre

⁷ Alberto Stein e José Ovídeo Valdemar, psiquiatras e terapeutas de família, dentre os precursores da Terapia de Família em Porto Alegre, e fundadores do Instituto da Família.

constante mobilização da população junto a políticos e gestores no sentido de manter suas características de atuação e seus princípios.

1.1.2 Os serviços prestados e a organização das unidades

As unidades de saúde do SSC-GHC prestam o mesmo cardápio de serviços, podendo ter pequenas variações de uma para outra em função dos recursos humanos existentes e das instalações físicas. Algumas Unidades apresentam área física deficiente, às vezes comprometendo as condições de trabalho.

Em geral, todas oferecem consultas médicas e de enfermagem, atendimento domiciliar, procedimentos de enfermagem, programas de vigilância à saúde, grupos terapêuticos e de auto-ajuda. Dependendo dos recursos ainda oferecem consultas de psicologia e serviço social, cirurgias ambulatoriais, e sala de observação e tratamento. Cabe ressaltar que nenhuma das Unidades possui equipes consideradas completas, existindo defasagem tanto no número de profissionais como nas profissões necessárias para compor uma equipe multiprofissional.

O SSC-GHC possui um sistema de informações, parcialmente informatizado, mas que permite um controle e avaliação de suas atividades e programas desenvolvidos. As informações das unidades são registradas através de vários instrumentos, com objetivo de que haja análise de todas atividades realizadas pela equipe. De uma maneira geral, podemos citar como principais meios de coleta de dados o Boletim de Atendimento, o Prontuário de Família, os Livros de Registro das

diversas reuniões da equipe e os softwares padronizados do Grupo Hospitalar Conceição, para onde são enviados os dados.

A maioria dos exames básicos solicitados é realizada no HNSC, os demais, e as consultorias e referências são realizados na rede do município através de agendamento pela Central de Marcação da Secretaria Municipal da Saúde.

É disponibilizado acesso à internação para as pessoas atendidas nas Unidades do SSC através de área específica localizada no HNSC, com trinta leitos, sob responsabilidade de médicos internistas e Residentes de segundo ano.

Buscando referências para explicar o modelo de abordagem utilizado no SSC-GHC, apresentamos a seguir transcrição de entrevista com o Dr. Carlos Grossman (Figura 4), realizada em 02 de setembro de 2005, na Unidade Jardim Itu.



Figura 4 – O Mago e Comendador - Dr. Carlos Grossman
Fonte: Elaborado pelo autor.

1 - A sua formação: onde o senhor fez a sua formação, graduação e residência?

A graduação foi na UFURGS que era a única faculdade de Medicina que existia na época. Eu entrei em quarenta e seis e me formei em cinquenta e um, e era a única faculdade que tinha no Rio Grande do Sul, acho que as coisas importantes aí em relação a graduação são: a primeira que eu tirei o primeiro lugar no vestibular (risos) e, a segunda, é que eu tinha muita ambivalência sobre o que eu queria fazer na vida se era Medicina ou Agronomia que era a profissão do meu pai e isto que dá uma história longa, foi uma coisa muito, muito difícil para mim a tal ponto que eu fiz todo o meu curso mal feito; assim com muita ambivalência em relação afinal ao que eu faria, já não em relação a Agronomia, mas já em relação ao que eu faria na Medicina se seria Clínica ou Ciência Básica. E isso persistiu por todo o curso de seis anos. Eu me lembro que fiz um curso relativamente ruim ou péssimo. Depois eu fui para os Estados Unidos porque meus pais estavam lá na época; meu pai estava estudando lá e me convidou assim que eu me formei para uma viagem de passeio, mas daí chegando lá, eu logo vi que os americanos consideravam que quem tivesse curso medicina, mas que não tivesse feito ainda um ano de estágio no hospital não era médico, isso aqui não existia ainda naquela época. Então eu me candidatei na verdade a uma bolsa de estudos para ciência básica lá e resolvi aguardar o resultado da bolsa. Aguardar fazendo internato de estágio hospitalar que era preconizado lá por eles, então comecei no hospital e depois continuei um estágio (no hospital) em medicina interna e durante esse período eu me defini. Me defini claramente que eu queria ser clínico e fazer medicina interna geral. Então isso, por assim dizer encerra a minha formação vamos dizer mais formal: que eu fiquei uns três anos no EUA e depois voltei, e aí fui trabalhar na UFRGS numa cadeira que se chamava medicina terapêutica clínica, que era uma cadeira de clínica médica. Lá, então, era professor titular o Dr. Eduardo Faraco; e tinha várias pessoas interessantes no Serviço lá enfermaria trinta e oito da Santa Casa, então eu aprendi muito lá. Vamos dizer, eu completei a minha formação lá com esse grupo e também porque eu trabalhei um tempo no consultório particular deste Eduardo Faraco, então eu penso que minha formação foi constituída ainda neste período que terminou aí no fim da década de cinquenta para cinquenta e um, e aí por sessenta eu tinha terminado tudo isso. Depois disso então aí comecei a trabalhar sozinho no consultório e então, a minha formação acho que pode ser definida assim. (GROSSMAN, 2005).

2 - E durante a sua formação, o senhor teve algum profissional ou alguém que serviu como modelo, foi inspirador do seu jeito de ser médico?

Bom, o Faraco mesmo era um excelente clínico e eu sempre admirei a maneira dele trabalhar, e também dele estudar os casos, foi interessante. Mas eu acho que como modelo eu tive um dos médicos lá nos Estados Unidos, durante o tempo da minha Residência em Medicina Interna, que era um internista geral muito importante assim, destacado que dava supervisão para mim e para os outros residentes em clínica médica. Era um homem muito interessante, muito capaz; que inclusive posteriormente passou a dirigir um andar lá do hospital. Andar que era dedicado a problemas diagnósticos difíceis. Este homem era um homem interessante e quando eu tinha contato com ele, em relação à supervisão dos pacientes - ele era um homem sem horário nenhum - ele freqüentemente vinha a uma da manhã e aí nós conversávamos sobre os paciente e naturalmente o hospital estava

completamente silencioso, mas ele falava muito baixo, tão baixo que eu tinha dificuldade de ouvir mesmo assim só nós dois, mas ele então foi uma pessoa interessante assim um tipo de modelo. (GROSSMAN, 2005).

3 - E com relação ao seu jeito de atender as pessoas, tem uma idéia de como o senhor construiu esse jeito, o seu jeito que é um diferencial na sua prática. Como o senhor construiu isso: foi fazendo, teve algum modelo teórico?

É difícil de saber isso. Ocorrem-me duas coisas assim: uma seria o meu jeito como pessoa né, a minha inclinação por ser atencioso com as pessoas, ter uma tendência de ouvi-las, de não ter pressa. Uma outra coisa que eu também acho que é uma fonte desse tipo de atitude, é o que a gente lê nos livros de medicina mesmo, principalmente nos capítulos introdutórios sobre a figura do médico, a situação da relação do médico com o paciente, o que é importante eu acho que nessas introduções como no Harrison e Cecil eles dão ênfase nesses aspectos e eu acho que eu sempre fui atraído para aprender a fazer aquilo. **Em geral não se lê esses capítulos iniciais, se busca só os capítulos que falam das doenças.** É, mas eu até hoje eu continuo lendo em cada edição. E daí veio alguma coisa para mim. (GROSSMAN, 2005).

4 - O que o senhor considera fundamental nesse seu modelo de atender as pessoas, que tipo de características ou aspectos o senhor acha que são os principais?

Eu acho que são duas coisas principais: uma é ouvir as pessoas né, disposição para ouvi-las. A outra é uma disposição é estudar os problemas das pessoas. Quando eu era instrutor da UFRGS, eu tinha, como outros instrutores, uma sala com meia dúzia de pacientes e ali então estagiavam estudantes, doutorandos, residentes e a gente via os paciente e depois sentava em torno de uma mesa ali, e eu insistia que a gente resolvia os problemas com a bunda, quer dizer, sentando e estudando né? E não com a cabeça, no sentido de brilho e tal. Então eu acho que essas duas coisas são as coisas principais né? A primeira que é ouvir tem sido consagrada ao longo dos tempos e agora com esse livro do Bernard Low: "A arte perdida de curar", que é a arte perdida de ouvir. (GROSSMAN, 2005).

5 - Bem, agora vamos falar do Serviço de Saúde Comunitária. Como surgiu a idéia de formar médicos de família, médicos gerais? Como foi que o senhor teve essa idéia, de onde saiu?

Bom, a idéia original surgiu lá no Murialdo onde eu não trabalhava, surgiu lá com o Busnello, Isaac Levin, e outros; que de repente decidiram oportunizar a formação de profissionais de caráter geral em saúde. Então fazer uma formação sob uma forma de residência. Como eu já tinha tido experiência de residência - eu era uma das poucas pessoas que tinha tipo experiência na época - porque fiz residência nos Estados Unidos e depois a primeira

residência no Estado foi na enfermaria trinta e oito e na vinte nove em clinica médica, então eu fui convidado para dar uma contribuição para implantar a residência nova. Isso tem que ver naturalmente com a minha formação, porque em geral os médicos têm se dirigido para especialidades por órgãos ou técnicas de cirurgia, radiologia, cardiologia, nefrologia; e eu desde sempre escolhi medicina interna geral e hoje a medicina interna geral é considerada umas das especialidades generalistas junto com pediatria, etc. Então eu já tinha uma ligação de fronteira com essa área e sempre gostei e continuo gostando dessa coisa geral assim. Quando houve essa idéia lá no Murialdo e eles me convidaram, gostei muito. Trabalhei lá uns três anos implantando a residência e achei muito bom. Depois eu sai de lá, e eu estava também no Conceição como instrutor da residência da medicina interna e, lá pelas tantas, no fim da década de setenta me convidaram para ser o coordenador de todas as residências do Hospital Conceição, do Hospital Cristo Redentor e do Hospital Criança Conceição, e nessa ocasião então em 1980, eu achei que a gente podia criar uma residência semelhante (ao Murialdo) aqui, que facilitava, enfim por várias coisas locais do Conceição. Mas o fato é que a residência então foi iniciada e tivemos, sei lá, habilidade e sorte; a residência desenvolveu bem tanto em termos qualitativos como quantitativos se tornou uma das residências maiores no país e possivelmente melhores. Então eu sempre gostei dessas atividades, dessa iniciativa, enfim, que eu tive; que afinal resultou numa contribuição para criação do Programa de Saúde da Família do Ministério da Saúde, que derivou daqui e de outros lugares onde também se fazia, mas muito daqui onde era o maior serviço né? Então, como se diz, eu me considero realizado (risos). Não...Eu acho que isso aí... é uma coisa realmente assim excepcional, pois em geral a gente não consegue fazer muito na vida, e pessoalmente fazer coisas que mudam um pouco a situação da população, da saúde, etc,... mas a criação do PSF representa potencialmente a mudança da situação da saúde no país, uma mudança muito boa para as pessoas pobres. **E o interessante é que revisando o SSC, ele é de 1980, quer dizer, ele é muito anterior a todos esses discursos e conceitos do SUS que naquela época já se tinha no projeto de implantação, então ele é antes do SUS, ele tem mais esse mérito ainda.** Ele é antes do SUS, e ele também é antes de Cuba; quer dizer, não foi uma imitação de Cuba que não tinha isso, Cuba foi a partir de 1984. Nós na verdade nos inspiramos mais no sistema inglês. (GROSSMAN, 2005).

6 - Um outro episódio também que eu queria ver melhor com o senhor: quando foi apresentado o projeto da criação da primeira Unidade do SSC para o corpo clínico, há uma história de que o corpo clínico se posicionou contra, e comentaram que alguém lá teria dito que a Medicina Geral ou Medicina de Família era um câncer a ser extirpado ou uma coisa assim, o senhor lembra desse episódio como foi?

Foi uma reunião à noite, lá no Hospital Conceição, com os chefes dos Departamentos, quer dizer, especialidades do Hospital Conceição com certeza - não sei se tinha gente do Criança ou do Cristo. E o diretor do Hospital na época era o Cláudio Zeferin que estava lá presidindo a reunião. Então esse assunto: a reunião, era sobre na verdade as residências, já tinha havido outras reuniões da residência da cirurgia, da residência da pediatria

etc. e naquela noite era residência de medicina geral (de família). Então esse assunto foi discutido e houve vários comentários, assim interessantes. Um deles, por exemplo, era de que se sabia que os residentes iam ver os pacientes em casa, então andavam pelas ruas da Zona, Bairro e alguém então achou que isso era um desperdício que eles tinham que andar nos corredores do Hospital, e assim houve vários comentários como esse do câncer que devia ser extirpado. Mas o principal é que houve uma votação e por unanimidade votaram no sentido de acabar com a Residência, acabar com a Residência em Medicina Geral. Encarregaram o Cláudio Zeferin de transmitir isso para a Direção do GHC, que no caso o diretor técnico na época era o Jaques Bacaltchuk que recebeu essa comunicação, essa sugestão, e que não levou adiante. A gente teve a sorte que ele tinha sido o nosso primeiro chefe da Residência de Medicina de Família, então ele não ia fazer uma coisa dessas, mas houve muita oposição. [...] foi uma ocasião em que havia uma eleição para direção do Hospital Conceição e eu fiquei sabendo, as pessoas não escondiam que a nova direção talvez fosse de um grupo de médicos que eram muito contra a Medicina de Família, então eu achei que a gente corria perigo mesmo, então eu resolvi ir a Brasília e falar com o Ministro da Previdência, naquela época o hospital do SUS, todo ele era do Ministério da Previdência, para pedir que ele desse garantias de quem fosse eleito, fosse quem fosse, tudo bem, mas que não poderia acabar com o serviço de residência e eu fui a Brasília realmente, e graças a uma relação com Pedro Simon na época [...] no café da manhã no apartamento do Pedro Simon com o Ministro da Previdência da época - que era o atual Corregedor Geral da União - Valdir Pires, e ele deu as garantias de fosse quem fosse escolhido não haveria a hipótese do Serviço, a Residência ser terminada [...] foi um momento ruim assim. Houve outro quando era Secretária de Saúde do Município de Porto Alegre, a Maria Luiza, e havia um movimento forte no sentido de englobar pelo Município o Serviço e a Residência, e mais precisamente acabar com a residência e participamos eu e outros do serviço de reuniões da secretaria e era muito claro isso. Tão claro que na época era o tempo da campanha para eleição do novo prefeito de Porto Alegre e o Tarso era candidato, ele era vice na ocasião e era candidato a prefeito e eu procurei ele também, e foi interessante porque ele estava a par desse assunto. Quer dizer, era um assunto que estava crucial, por assim dizer, e eu também pedi para ele que se ele fosse eleito prefeito que ele não aceitasse essa idéia de acabar conosco e ele garantiu que não que não haveria isso e não houve mesmo. (GROSSMAN, 2005).

1.1.3 As unidades de saúde do SSC-GHC pesquisadas

A seguir será apresentado um resumo que mostra um pouco do contexto social das três Unidades de Saúde que foram pesquisadas e que aparecem nos mapas das Figuras 2 e 5. Este breve relato é baseado em dados documentais de pesquisas realizadas no SSC pelas Doutoradas Maria Cristina Gonçalves Giacomazzi e Sílvia

Maristela Pasa Takeda (1999), além de informações do setor de Epidemiologia e das observações do autor.

1.1.3.1 Unidade Conceição

A Unidade Conceição foi a primeira Unidade do Serviço de Saúde Comunitária a ser implantada, em 26 de dezembro de 1992, tendo permanecido no interior do Hospital N. Sra. da Conceição até dezembro de 2004, quando por decisão da Diretoria do GHC, foi realocada em um casa adaptada próxima ao Hospital.

Abrange hoje uma população de cerca de 30.000 pessoas cadastradas. A Comunidade caracteriza-se por ter atividades econômicas predominantemente relacionadas ao comércio, incluindo o pequeno comércio e o comércio informal, com grande parcela da população desempenhando atividades nos centros comerciais da região e lojas da Avenida Assis Brasil. Muitos dos moradores também são profissionais que atuam nos hospitais Cristo Redentor, N. Sra. Conceição e da Criança, que se localizam na área.

A área é pavimentada, com asfalto ou paralelepípedo; as habitações são predominantemente de material ou alvenaria, existindo muitos prédios de apartamento e conjuntos habitacionais. Algumas ruas ainda conservam muitas casas, que progressivamente têm sido substituídas por prédios ou casas comerciais. Existe rede de esgoto, coleta de lixo abastecimento de energia elétrica e água, de modo organizado e satisfatório. Tem duas micro-áreas de risco identificadas.

Existem na comunidade diversos grupos e entidades comunitárias, tais como de confraternização sociais, religiosas e de política comunitária. Caracteriza-se por ter

Conselho Gestor atuante e participativo no dia a dia da Unidade, e atuando conjuntamente à equipe por melhorias.

A Unidade Conceição, enquanto se localizava no HNSC (dezembro de 1982 a dezembro de 2004), tinha espaços bem definidos e adequados, que perdeu a partir da mudança, comprometendo a prestação de alguns serviços.

Por ocasião da pesquisa tinha em seu corpo funcional: duas recepcionistas, duas enfermeiras, uma psicóloga, um odontólogo, sete médicos de família e comunidade, seis auxiliares/técnicos de enfermagem, dois residentes de enfermagem, três residentes médicos, dois estagiários de psicologia e dois estagiários de medicina, três agentes comunitários de saúde, e uma Pessoa cumprindo pena de prestação de serviços.

Os serviços prestados estão dentro da proposta do SSC-GHC, são similares às demais Unidades, e já foram comentados acima.

1.1.3.2 Unidade Jardim Floresta

Foi a segunda Unidade do SSC a ser criada, fundada em 1984. O bairro Jardim Floresta é bastante arborizado, constituído de pessoas de classe média sendo predominantemente área residencial, mas com diversas pequenas e micro-empresas. Possui infra-estrutura básica, com asfalto ou paralelepípedo, rede de esgoto, coleta de lixo abastecimento de energia elétrica e água, de modo organizado e satisfatório, com identificação de três micro-áreas de risco.

A Unidade de Saúde está construída ao lado da Associação de Moradores do bairro, no terreno do Centro Comunitário Municipal. Esta comunidade caracteriza-se por ter Associação de Moradores bastante atuante, participando ativamente junto à Unidade. A Vila Floresta abriga cerca de 17.786 pessoas pelo censo 2000, grande número de idosos.

Os serviços prestados estão dentro da proposta do SSC-GHC, são similares às demais Unidades, e já foram comentados acima.

Na ocasião da pesquisa tinha em seu corpo funcional o seguinte número de profissionais: duas recepcionistas, uma enfermeira, uma assistente social, três agentes comunitários de saúde (ACS), um odontólogo, cinco médicos de família e comunidade (mfc), seis auxiliares de enfermagem, oito residentes médicos, dois residentes de odontologia.

1.1.3.3 Unidade Coínma

A Unidade de Saúde COINMA está localizada na zona norte do município de Porto Alegre, teve sua inauguração em maio de 1994, após ampla solicitação e organização comunitária. Atualmente atende as comunidades Coínma, Vila Margarita e parte do bairro Jardim Itú-Sabará, compreendendo um total de quase 9.000 pessoas. Realiza trabalho curativo e preventivo a essa comunidade.

Teve sua origem em conjunto habitacional destinado à trabalhadores do comércio, indústria e marinha (COINMA), em geral dispõe de infra-estrutura básica,

caracteriza-se pela predominância de casas, ainda com muitos terrenos vazios, e a área de menores recursos é a Vila Margarita.

A estrutura física foi doada pela Associação de Moradores, e transformada com participação da comunidade.

Sua equipe de trabalho, a exemplo das demais do SSC, ainda esta incompleta no que se refere a multiprofissionalidade e número, sendo integrada pelos seguintes profissionais: quatro médicos de família e comunidade (sendo dois em tempo parcial), seis residentes médicos, duas enfermeiras, três técnicos de enfermagem, dois auxiliares administrativos, e uma assistente social. Não possui o serviço odontológico no local, mas atualmente tem um odontólogo de referência no Hospital Conceição.

Os serviços prestados estão dentro da proposta do SSC-GHC, são similares às demais Unidades, e já foram comentados acima.

Estas três Unidades de Saúde são analisadas como representativas do Serviço de Saúde Comunitária, no que se refere a sua forma de atuação e princípios.

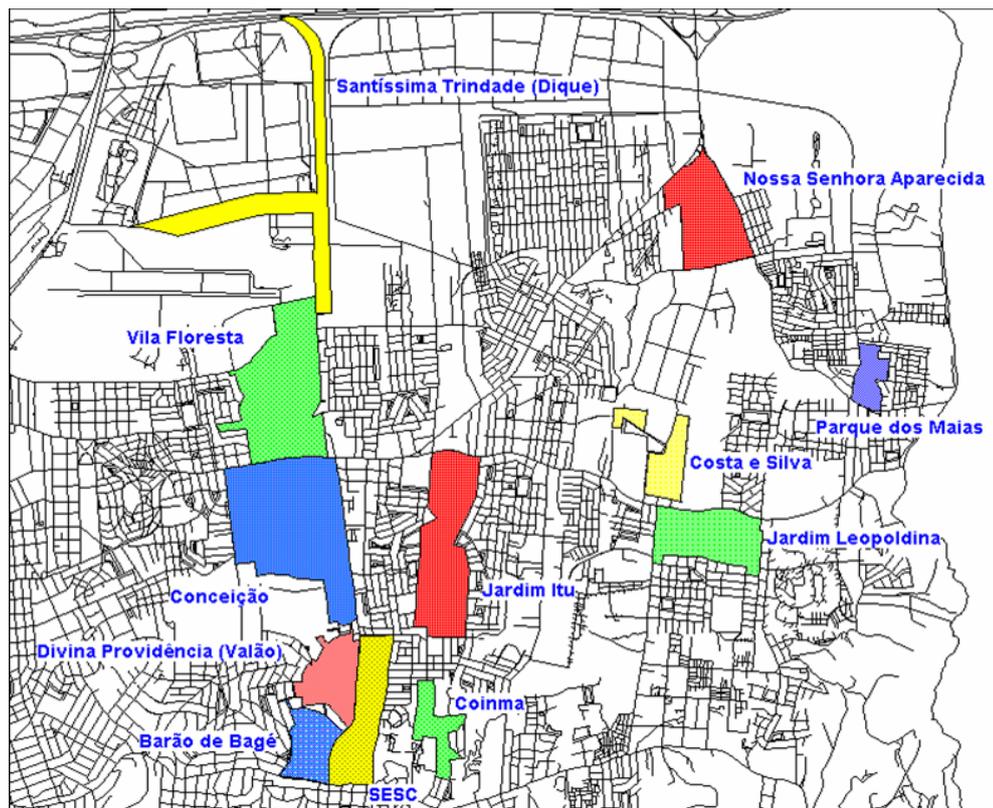


Figura 5 – Localização e dimensão das áreas de abrangência das Unidades pesquisadas
Fonte: GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 1999, p. 2.

2 CONSTRUÇÃO DO PROBLEMA

The good physician treats the disease but the great physician treats the patient who has the disease.
Sir William Osler

2.1 MÉDICOS E PESSOAS: DA SUBMISSÃO A INTERAÇÃO

Vários autores têm colocado que a tarefa principal da medicina no século XXI será a descoberta da Pessoa. Terá que encontrar as origens da doença e do sofrimento, com este conhecimento desenvolver métodos para o alívio da dor, diminuição de danos e redução do sofrimento, e ao mesmo tempo, revelar o poder da própria Pessoa, assim como nos séculos XIX e XX foi revelado o poder do corpo (CASSEL, 1982).

Uma atuação centrada na Pessoa é considerada fundamental para um bom desempenho de qualquer profissional da área da saúde, mas ao médico de família e comunidade isto é imprescindível frente às mudanças ocorridas na sociedade nos séculos XIX e XX, algumas facilitando e outras dificultando a relação do médico com as pessoas. Soma-se às mudanças a falência dos modelos convencionais da assistência e educação médica em dar conta das necessidades da prática diária, por serem incompletos e pouco abrangentes. Com isso torna-se necessário utilizar uma nova abordagem aos problemas de saúde para reduzir a insatisfação das pessoas e frustração dos médicos, e proporcionar um cuidado adequado.

Uma mudança importante é atualmente as pessoas desejarem uma maior igualdade no relacionamento com seus médicos, esperando ter parte ativa nas decisões sobre seu cuidado de saúde, embora muitas, principalmente os idosos, ainda mantenham o valor tradicional geralmente expresso pelas frases “o doutor sempre sabe mais”, ou “- O Senhor decide”. Segundo Stewart (1995, 2003) existem trabalhos mostrando que uma atuação centrada na Pessoa, apresenta resultados positivos comparada aos modelos tradicionais, aumenta sua satisfação, melhora a aderência aos tratamentos, reduz preocupações, reduz sintomas e melhora a situação fisiológica. Também estudos realizados por Little (2001) concluem que em cuidado primário as pessoas desejam fortemente uma abordagem centrada na Pessoa, com comunicação, parceria, e promoção da saúde. E que os médicos devem ser sensíveis e atentos a quem tem preferência pela abordagem centrada na Pessoa – aquelas mais vulneráveis psicossocialmente ou porque estão se sentindo particularmente mal. Conclui também que a percepção, por quem é atendido, dos componentes da abordagem centrada na Pessoa pode ser medida com segurança e predizer diferentes resultados, e que se os médicos não proporcionam uma abordagem centrada na Pessoa, esta vai sentir-se menos satisfeita, menos capaz, e pode ter sintomas agravados e com altas taxas de referência.



Figura 6 - A Pessoa decide
 Fonte: CAMARGO, p. 4-5, 06 mar. 2004.

E para mostrar que o desejo e a necessidade são uma realidade cada vez mais presente na sociedade, podemos ilustrar com o Caderno Vida, do Jornal Zero Hora de Porto Alegre (Figura 6), que teve como tema principal a participação das pessoas nas consultas, trazendo um texto de Moacir Scliar¹ (“*O novo paciente já não é tão paciente*”) e outro de José Goldenberg² (“*Tecnologia X Humanização – como conciliar esta equação*”), além de depoimentos de pessoas e um quadro com dicas sobre como aproveitar e participar mais da consulta intitulado “*Problemas de Relacionamento*” (Figura 11), que aborda onde médicos e pessoas erram e o que fazer sobre isto. Scliar (2004, p. 2) em seu texto coloca que “[...] existe um termo em medicina que corre o risco de se tornar obsoleto. Este termo é ‘paciente’”. Discorrendo a partir daí sobre a realidade que exige mudanças na relação do médico com as pessoas que atende, mas mantém o termo paciente ao longo do texto (relação médico-paciente), o que de certa forma mostra o enraizamento do uso desta palavra e as dificuldades para superá-lo.

¹ Moacir Scliar é médico sanitário e escritor, colunista do Jornal Zero Hora.

² José Goldenberg é clínico, reumatologista, professor livre docente da Universidade Federal de São Paulo/EPM e vice-presidente do Hospital Israelita Albert Einstein, de São Paulo.

Goldenberg por sua vez ressalta a importância do vínculo e da confiança como base para um cuidado adequado.

Além destes fatos, a prática do médico de família e comunidade, para alcançar uma atuação de acordo com os princípios que regem esta especialidade (Quadro 1), deve utilizar o método de atendimento clínico centrado no paciente (MCCP) como modelo para abordagem integral aos problemas de saúde das pessoas.

Os Princípios da Medicina de Família.
I - O médico de família é um profissional qualificado.
II - A Medicina de Família é influenciada por fatores da Comunidade.
III - O médico de família e a equipe são recurso de uma população definida.
IV - A relação médico-Pessoa é fundamental no desempenho do médico de família.

Quadro 1 – Os princípios do médico de família

Fonte: Elaborado pelo autor, com base em Rakel (1998) e McWinhey (1997).

A prática médica no Brasil, inclusive nos programas de residência em medicina de família e comunidade, embora dê ou busque dar uma formação mais adequada aos profissionais, proporcionando uma postura mais humanizada e integral ao tratar dos problemas das pessoas, ainda em sua maioria não conseguiu romper com o método de abordagem aos problemas de saúde baseado no modelo biomédico tradicional, que tem como características principais ser centrado na enfermidade (*disease*) e no médico.

Apesar de todas as reflexões e discussões sobre o trabalho em equipe, a multi e interdisciplinaridade, o médico no Brasil, continua a ocupar papel fundamental na prestação do cuidado, sendo o “recurso” mais utilizado no “cardápio” dos serviços de saúde. No Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC-GHC) o médico de família e comunidade é responsável por 84,6% dos atendimentos

(GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 1999) prestados, embora existam outras profissões da saúde na equipe.

Mesmo com esta presença significativa no processo de produção de cuidado, a participação médica deixa a desejar na mudança do modelo assistencial e no método de abordagem aos problemas de saúde, pois a maioria continua a atuar no modelo biomédico, embora talvez desenvolvendo uma prática mais “humanizada” e “integral”, ainda sem a profundidade e estrutura necessárias, e não utilizando o trabalho em equipe e a rede social de forma eficaz, para ser considerada centrada na Pessoa.

Contudo, apesar de todo o progresso, desenvolvimento tecnológico e do conhecimento, o evento central da vida profissional do médico, e especialmente do médico de família, continua sendo a consulta, e por conseqüência torna-se o ato principal do seu processo de trabalho. Surgindo então o desafio para a medicina contemporânea, que é o de integrar dentro do processo de produção de cuidado a medicina baseada em evidências, o atendimento centrado na Pessoa e o trabalho em equipe. Para que ocorra esta integração é necessário construir um modelo que incorpore estes diversos aspectos, inclusive se apropriando de elementos conceituais de outras áreas do conhecimento, e proporcione que efetivamente haja a ruptura com o modelo tradicional, sendo que este pode ser considerado também um objetivo deste projeto.

Para dar início a este processo, e considerando o ponto de vista das pessoas (*qual é a percepção do cuidado que recebe?*) e dos médicos (*o quanto conhece e percebe sua atuação centrada na Pessoa?*), perguntamos: ***Como atuam os médicos de família e comunidade no que se refere a uma abordagem centrada na Pessoa, enquanto integrantes de um serviço que serve como referência de modelo assistencial e formador?***

3 O CONTEXTO COMO JUSTIFICATIVA DO TEMA

A partir das mudanças no sistema de saúde brasileiro, advindas com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, tem sido desenvolvido esforço no sentido de alterar o modelo assistencial para atuar de acordo com os princípios da Atenção Primária à Saúde (APS), e principalmente nos últimos anos utilizando a *Vigilância à Saúde*¹ e implementação da Estratégia Saúde da Família (ESF) em 1994. Isto tem gerado grande discussão sobre o processo de trabalho na saúde, a composição da equipe e o perfil médico necessários para dar conta de uma produção de cuidado que satisfaça as pessoas que usufruem, os profissionais que atuam e os gestores do sistema, pois as escolas médicas formam profissionais com um perfil de atuação que não atende as necessidades do principal mercado de trabalho médico do país: o SUS, através da Estratégia Saúde da Família. Por esta e outras razões, o modelo assistencial tem enfrentado como principais dificuldades o insuficiente número de médicos com formação adequada, a falta de uma política consistente para esta formação, e ausência de plano de carreira que estimule a atuação com qualidade. Tornando-se assim a formação dos novos médicos e “reciclagem” dos especialistas existentes um dos principais desafios do SUS. Cabe ressaltar que estas deficiências não atingem apenas os médicos e sim todos os profissionais do setor saúde, pois também eles em sua maioria, continuam com sua formação e atuação orientada pelo modelo tradicional de práticas na saúde.

¹ A Vigilância à Saúde, pode ser considerada a versão brasileira da Atenção Primária à Saúde (APS), que vai se constituindo no contexto da Reforma Sanitária Brasileira, onde recebe influência das correntes de pensamento predominantes. Trabalhar com a “lógica da Vigilância” significa: (a) identificar as necessidades e problemas da população e sua distribuição no território; (b) descrever, explicar, interpretar e compreender estas necessidades e problemas; (c) intervir nas necessidades e problemas e acompanhar a sua resolução.

Sendo o SSC-GHC um serviço de referência, em medicina de família e comunidade e formação de recursos humanos para o SUS, se espera que seus profissionais médicos atuem com método de abordagem aos problemas de saúde que utilize os conhecimentos mais avançados, mas sem desconsiderar os aspectos que fazem de cada Pessoa única, para que efetivamente ela se desenvolva, alterando o modelo vigente na produção do cuidado à saúde; e que estes aspectos diferenciais sejam percebidos positivamente pelas pessoas atendidas.

A justificativa para realizar este estudo se deve ao fato de que com o crescimento do SSC-GHC em número de unidades, o ingresso de novos profissionais com formações diversas em medicina de família, a dificuldade para implementação de educação permanente, e o pouco contato destes profissionais e dos médicos residentes com o Doutor Grossman e seus princípios de atuação, questiona-se o *quanto* o cuidado centrado na Pessoa esta incorporado na prática do SSC-GHC, se *ocorre* de forma estruturada e sistematizada, e se é *percebido* pelas pessoas atendidas.

Além destes motivos que podemos classificar como “internos”, temos todas as modificações que vêm ocorrendo no contexto dos cuidados à saúde no cenário nacional e internacional, no que se refere à busca de uma formação e prática médicas que rompam com os paradigmas tradicionais e consolidem uma abordagem que seja significativa para médicos e pessoas.

Portanto, se no cenário “interno” do SSC-GHC, este estudo permite um olhar sobre o modelo de abordagem realizado pelos seus profissionais médicos, sendo importante dentro da lógica de auto-avaliação² sistemática que esta presente no SSC-

² O SSC-GHC desde seu início tem como regra geral “auto-avaliar-se. Inicialmente ocorria através de reuniões periódicas entre os médicos, onde eram discutidos os rumos e as dificuldades. Hoje com sua expansão e acréscimo de outros profissionais, esta incorporado sob a forma de programas e indicadores de controle que avaliam e orientam suas ações”.

GHC (preocupação *com o que faz e como faz*), possibilitando conhecer, avaliar e estabelecer necessidades em educação permanente para os médicos de família e comunidade e residentes; ao mesmo tempo no contexto das mudanças do sistema de saúde e ensino médico que se sucede, possibilita adequações dos demais programas de residência em medicina da família e comunidade, contribui com as escolas médicas na construção curricular, e orienta a oferta de educação continuada pelas Sociedades da Especialidade e Pólos de Educação Permanente do Ministério da Saúde.

Para fundamentar nossa pesquisa buscamos contribuições, fundamentação e conhecimento na história da medicina (PORTER, 2000; ROBINSON, 1946), no processo de trabalho (MARX, 1968; MEHRY, 1995, 1999, 2002), no método de abordagem clínica centrado no paciente (STEWART, 1995, 2003; LITTLE, 2001), na comparação dos modelos de abordagem à saúde (HELMAN, 2003; EMANUEL, 1992), nas discussões sobre tecnologia e o processo de trabalho em saúde (MEHRY, 1995, 1999, 2002), no conceito de cuidado (BOFF, 2003; HEIDEGGER, 2003) e no conceito de Pessoa (MORA, 1982; SINGER, 2002), da Autonomia (FREIRE, 1996). Também abordamos o SUS, o mercado de trabalho médico, aspectos da formação médica e como a sociedade trata das questões referentes à saúde.

Vamos a seguir tratar destas bases teóricas que serão utilizadas.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato; é uma atitude.
Leonardo Boff

4.1 CUIDADO

Segundo Boff (2003), *Cuidado* é uma das categorias principais para preservação da vida humana e do planeta Terra. É mais do “[...] que um *momento* de atenção, de zelo de desvelo”, representando “[...] uma *atitude* de ocupação, preocupação, de responsabilização e envolvimento afetivo com o outro” (BOFF, 2003, p. 33). Boff (2003, p. 34, grifo do autor) cita Martin Heidegger (1889-1976) em seu livro “*Ser e Tempo*”: “Do ponto de vista existencial, o cuidado se acha *a priori*, antes de toda atitude e situação do ser humano, o que sempre significa dizer que ele se acha em toda atitude e situação de fato.” Cuidado esta na raiz do ser humano, sendo uma maneira de estruturar-se e dar-se a conhecer, entra na constituição do ser humano, é fenômeno ontológico que possibilita a existência humana enquanto humana. O cuidado esta presente em tudo que o ser humano faz, seja através do *cuidar ao fazer*, ou do *fazer com cuidado*. Na saúde, e na doença, o cuidado deve levar em conta o ser humano em sua totalidade, como um todo vivo e orgânico, e como Pessoa em sua totalidade existencial. Tudo que se relaciona ao ser humano tem uma ambigüidade estrutural, com o bem podendo não ser inteiramente bom e o mal nunca totalmente mau, portanto o cuidado essencial e o descuido fatal estão sempre presentes.

Devemos levar em conta que o cuidado deve ser adequado, pois temos a *negação do cuidado* (maus tratos), o *cuidado em excesso* (obsessão), e a *carência do cuidado* (descuido), cada um com suas conseqüências na vida das pessoas e em suas relações com outras pessoas e o ambiente.

E em função disto, devemos ter uma busca permanente do *cuidado essencial*, não devendo ser apenas um objetivo final, mas um princípio que deve nos acompanhar em todas nossas ações, num desafio de superação do *descuido*.

No que se refere à prestação do cuidado à saúde, temos como uma das primeiras referências a Conferência de Alma-Ata (1978) que tinha como princípio fundamental à prestação de cuidado: *cuidado primário, cuidado individual e coletivo, cuidado continuado, cuidado compreensivo* como forma de proporcionar melhores condições de vida para as pessoas e populações, principalmente aos mais necessitados, utilizando-se dos recursos disponíveis a cada realidade. De lá para cá esta dimensão de prestação do *cuidado* ampliou-se e hoje independe da situação sócio-econômica das populações, pois se verificou que o cuidado da saúde moderno é a mais complexa atividade nunca desenvolvida pelo ser humano (COULTER, 2002), podendo envolver tecnologia altamente complicada que pode causar sérios danos ou curar milagrosamente. Daí a importância de usar o conceito de *cuidado*, para garantir uma atenção à saúde centrada na Pessoa, que deve ser princípio de atuação não apenas do médico, mas de toda a instituição ou sistema de saúde, pois hoje mais de 80% do cuidado à saúde é prestado por não médicos, envolvendo desde o cuidador leigo até profissionais de variantes não médicas (COULTER, 2002).



Figura 7 – Árvores: saudável (A) e doente (B)
Fonte: RAKEL, 2003, p. 6.

Outro aspecto importante no Cuidar de Pessoas está representado pela Figura 7, na qual temos duas árvores, (A) e (B). A árvore (A) está obviamente em melhor estado de saúde do que a árvore (B). Isto é geralmente devido a sua habilidade em manter equilíbrio com seu ambiente. Se um galho da árvore (A) quebra, nós podemos sentir-nos confortáveis que se repararmos o galho, ele vai provavelmente curar-se muito bem ou mesmo curar-se sozinho. Mas se um galho da árvore (B) quebrar, e nós o remendarmos, nossa intuição diz que mesmo que sejamos um talentoso cirurgião de árvores, aquele galho, não vai curar. O ponto aqui é que nosso foco em medicina tem sido consertar o galho enquanto deixamos de lado (negligenciamos) a saúde da árvore. Se nós dermos mais atenção para ajudar a árvore (B) encontrar saúde, não só consertando o galho, mas também removendo barreiras que estão bloqueando sua própria habilidade para curar, ou melhorando áreas de deficiência, o galho vai curar-se sozinho. Nós não necessitamos gastar na mesma medida tempo e energia consertando as partes. Curar e consertar apesar de competentes, se nós ignoramos o

Cuidado, a cura comumente não vai permanecer ou vai abrir caminho para outra doença que pode não ter cura.

4.2 PESSOA

A Pessoa somente se apreende e se conhece em seu ato, como movimento de personalização. Para libertar o mundo e os homens e preciso primeiro libertar a si próprio.

E. Mounier

A palavra Pessoa tem etimologia incerta, e segundo Mora (1982) vem do grego, tendo sua origem no termo latino *persona*, derivando de duas origens. Numa o termo *persona* tem entre outros significados o mesmo que em grego significa *máscara*. Trata-se da máscara que cobria o rosto de um ator ao desempenhar seu papel no teatro clássico, principalmente na tragédia. Portanto *Persona* é o “*personagem*” da obra teatral. Noutra origem, deriva de *per-sona*, do verbo *persono* (infinitivo: *personare*); “sonoro através de algo” - de um orifício ou concavidade -, “fazer ressoar a voz”, como fazia ressoar o ator através da máscara, pois em Roma, *persona* era a máscara que cada ator de teatro usava durante a representação, a fim de que sua voz ou a da personagem fosse identificada. Munida de lâminas de metal, a máscara (*persona*) fazia com que a voz do ator ressoasse cristalina nos vastos anfiteatros. Com o tempo, o vocábulo *persona* passou a denominar o papel representado pelo ator; e como cada Pessoa representa um papel nesta vida, o termo passou a designar o próprio homem, que desempenha um papel na vida, que é um agente.

Há discussão se os gregos tiveram ou não uma idéia da Pessoa enquanto “personalidade humana”, adotando-se uma posição de que principalmente os gregos “clássicos” não elaboraram a noção de Pessoa no mesmo sentido que os autores cristãos.

A noção de Pessoa dentro do pensamento cristão foi elaborada, pelo menos no começo em termos teológicos, freqüentemente por analogia com termos ou conceitos antropológicos. Nesta elaboração colaboraram os teólogos que precisaram os dogmas estabelecidos no Concílio de Niceia de 325, onde uma discussão principal foi sobre a relação entre *natureza* e Pessoa em Cristo. Contra os que atribuíam a Cristo uma só *natureza*, e também contra os que negavam a Cristo uma única *natureza*, se estabeleceu que Cristo tem dupla natureza – a divina e a humana -, mas tem uma só Pessoa, a qual é única e indivisível. A idéia de Pessoa podia assim unificar em Cristo o humano e o divino, em vez de distinguir entre eles.

Quando o termo grego usado para *persona*/pessoa é *máscara* sugere algo “sobreposto” à pura e simples individualidade. Por exemplo, San Juan Damasceno usou o termo grego “máscara” para definir o que os latinos chamavam como “aquele que” expressa a si mesmo por suas próprias ações, fazendo presente uma propriedade que o distingue de outros de sua mesma natureza.

Um dos primeiros autores, senão o primeiro, que *desenvolveu plenamente a noção de Pessoa* no pensamento cristão foi Santo Agostinho, especialmente em *De trinitate*, onde se referiu às *Pessoas divinas*, as quais não podiam ser consideradas como simples substâncias (impessoais) no sentido “escolástico” do termo substância. Santo Agostinho baseando-se em Aristóteles, introduziu ao conceito de Pessoa às relações entre seres humanos. Foi além, levando seus conceitos como a substância da experiência e, sobretudo da experiência que desde então se chama “pessoal” - não

uma experiência como as outras, e sim uma na qual a experiência leva à Pessoa sua personalidade. A idéia de Pessoa em Santo Agostinho perde a relativa “exterioridade” que carregava, para focar-se decididamente sobre a “intimidade”.

Boescio (apud MORA, 1982), um dos autores mais influentes na história da noção de Pessoa, se referiu ao sentido de Pessoa como “máscara”, mas ressaltou que este sentido é só ponto de partida, para entender o significado ultimo de “Pessoa” em linguagem filosófica e teológica. Boescio (apud MORA, 1982, p. 2252) proporciona a definição de Pessoa que foi tomada como base por quase todos pensadores medievais: “[...] a pessoa é uma substância individual de natureza racional.” A Pessoa é uma substância que existe por direito próprio, *sui júris*, e é perfeitamente incomunicável. O ser da Pessoa é um ser seu, de modo que, falando em termos atuais, diríamos que a nota distintiva da Pessoa é a propriedade.

A concepção tradicional de Pessoa se baseava primariamente em conceitos metafísicos (ou metafísicos e teológicos), e autores modernos não têm eliminado os elementos metafísicos em sua concepção de Pessoa. Mora (1982, p. 2.553) refere que Leibniz diz que a palavra *Pessoa* leva a idéia de um “[...] ser pensante e inteligente, capaz de considerar-se a si mesmo, como o mesmo, que pensa em distintos tempos e em diferentes lugares, o qual faz unicamente por meio do sentimento que possui de suas próprias ações”. Sem duvida, muitos autores modernos tem empregado em seu tratamento da noção de Pessoa, além de elementos metafísicos, outros psicológicos e com freqüência éticos. Cada vez mais tem se tentado estabelecer uma distinção entre a noção de indivíduo e de Pessoa. O termo “indivíduo” se aplica a uma entidade cuja unidade embora complexa, é definível negativamente: algo, ou alguém é indivíduo quando *não* é outro indivíduo. O termo “Pessoa” se aplica a uma entidade cuja unidade

é definível positivamente e, além disso, com “elementos” procedentes de si mesma. O indivíduo está determinado em seu ser; a Pessoa é livre e assim consiste em ser.

A contraposição entre o determinado e o livre como contraposição entre o indivíduo e a Pessoa foi elaborada especialmente por filósofos que insistiram na importância do “ético” na constituição da Pessoa. Kant (1971 apud MORA, 1982, p. 2.553) cita, que definiu a Pessoa como “A liberdade e independência frente ao mecanismo da Natureza inteira; considerados por sua vez como a faculdade de um ser submetido a leis próprias, quer dizer, a leis puras práticas estabelecidas por sua própria razão.” Segundo ele (MORA, 1982, p. 2.553), para Kant a Pessoa é “A liberdade de um ser racional sob leis morais.” Leis estas dadas pelo próprio ser racional, não sendo arbitrárias, pois emergem da Pessoa; a Pessoa é “um fim em si mesma”; não pode ser “substituída” por outra. Fichte (MORA, 1982, p. 2.553) trata da Pessoa como “fonte” de atividades “volitivas”.

Em todo caso o conceito de *Pessoa* tem experimentado certas mudanças fundamentais no que se refere à estrutura (fazendo dela um centro dinâmico de atos) e atividades (valorizar as volitivas e emocionais tanto ou mais que as racionais), somente assim, segundo muitos autores, é possível evitar realmente os perigos do impersonalismo.

Pessoa é o ente ao qual a lei atribui direitos e deveres. Tanto a Pessoa natural: substância indivisa dotada de racionalidade, e vulgarmente chamada Pessoa física, como a Pessoa moral ou jurídica, são dotadas de personalidade jurídica.

Toma-se por indivíduo *um* representante da espécie, como por exemplo, *um* cão, entre vários cães é um indivíduo. Esse termo não é monopólio do mundo animal, pois de modo geral, uma rosa é um indivíduo do canteiro. *Pessoa*, em nossa cultura, se opõe ao indivíduo, se opõe à coisa e ao animal, ainda que de modo distinto.

Enquanto se distancia das coisas e aos animais, o termo *Pessoa* se aproxima do termo Ser Humano, mas não se superpõe a ele. Isso porque existem, entre as crenças de nossa cultura e, sobretudo na consciência humana, pessoas não humanas, sobre-humanas, pessoas tão carregadas de valoração afetiva ou espiritual que se representam em nossa consciência como sendo mais próximas do divino e etéreo que do humano. Mais correto seria chamá-los de seres que de Pessoas: é o caso dos santos, das pessoas angélicas ou diabólicas, incluindo-se aqui a idéia dos seres extraterrestres. Há ainda seres ou coisas que, apesar de nos darem idéia de humanos, não são pessoas como as concebemos. É o caso, por exemplo, do ser humano de Neanderthal.

O termo *Pessoa* remete a algo obrigatoriamente humano e no sentido ético do termo. O Ser Humano recebe uma distinção importante quando o consideramos como *Pessoa*, assim como a *Pessoa* recebe uma distinção redundante não menos importante quando a consideramos, por força de expressão, como uma *Pessoa humana*. Subentendendo o adjetivo humano como relativo à ética. Portanto, Ser Humano não é a mesma coisa que *Pessoa*, como tampouco Ser Humano é o mesmo que cidadão, este muito mais próximo do termo *Pessoa*. Ser Humano é um termo mais genérico ou indeterminado que diz respeito à espécie, à classificação, ao mundo zoológico. É por isso que nos sentimos mais à vontade em dizer Homem (ser humano) das cavernas e não *Pessoa* das cavernas. *Pessoa* é um termo mais específico que tem a ver com o mundo civilizado ou, se preferirmos, com a constelação dos valores morais, éticos e jurídicos próprios da civilização.

A etimologia da palavra *Pessoa* demonstra que é um conceito sobreposto ao conceito de Ser Humano. Um refrão de origem jurídica, também nos lembra do *homo plures* *Pessoa* polimorfa, o ser humano capaz de desempenhar muitos papéis; um

mesmo ser humano é empresário e delinqüente, é pai e metalúrgico, é médico e paciente, etc. Cabe, portanto, entender o conceito de Ser Humano ao lado do conceito de *Pessoa*. No direito romano antigo os escravos eram seres humanos (homens), mas não eram consideradas pessoas (patrícios). Os juristas romanos que usavam o conceito de Ser Humano o dissociavam do conceito de pessoas. O conceito de *Pessoa* aparecia como resultado de um processo vinculado à liberação, ao menos teórica, dos escravos (ou dos bárbaros) e não como um conceito zoológico, biológico classificatório e mental. Portanto, ao nos referirmos ao indivíduo da espécie humana merecedor da consideração ontológica e ética devemos dizer *Pessoa*, não apenas, Ser Humano, Homem, menos ainda Indivíduo e muito menos ainda Elemento, como no jargão policial.

Um dos sentidos atuais do termo (*Pessoa*) é “ser autoconsciente ou racional.” Locke (apud SINGER, 2002, p. 107-108) define uma *Pessoa* como “[...] um ser inteligente e pensante dotado de razão e reflexão e que pode considerar-se a si mesmo aquilo que é, a mesma coisa pensante, em diferentes momentos e lugares.”

Vimos que a evolução do termo *Pessoa* mostrando a importância e complexidade no uso das palavras, nos fez percorrer uma trajetória que inicialmente representava a denominação de um objeto (a máscara *persona*) até tornar-se uma categoria (*Pessoa*), que nos diversos contextos atribui ao indivíduo, independência, livre arbítrio, ação de acordo com sua vontade e dentro de preceitos éticos, devendo ser este o entendimento pelo médico da *Pessoa-que busca-ajuda*.

[...] estar no mundo necessariamente significa estar com o mundo e com os outros. Estar no mundo sem fazer história, sem por ela ser feito, sem fazer cultura, sem ‘tratar’ sua própria presença no mundo, sem sonhar, sem cantar, sem musicar, sem pintar, sem cuidar da terra, das águas, sem usar as mãos, sem esculpir, sem filosofar, sem pontos de vista sobre o mundo, sem fazer ciência, ou teologia, sem assombro em face do mistério, sem aprender, sem ensinar, sem idéias de formação, sem politizar não é possível. (FREIRE, 1996, p. 57).

4.2.1 O paciente como Pessoa ou a Pessoa como paciente?

É muito mais importante saber que tipo de Pessoa tem uma doença, do que saber que doença a Pessoa tem.

Sir William Osler¹

Ao revisar a história da medicina, constata-se que esta ambivalência, entre ver quem busca cuidado como Pessoa ou paciente, entre discurso e prática ocorre a algum tempo. No livro *The Cambridge Illustrated History of Medicine* (PORTER, 2000), há relato de que no final do século XVIII e início do XIX, a introdução do pensamento científico e sistematização dos mecanismos da enfermidade (disease), as práticas tradicionais pouco efetivas de lidar com a doença (illness), através de medicamentos da época - infusões e laxativos-, fez com que os médicos se tornassem céticos quanto à possibilidade de tratar as enfermidades (diseases) com drogas. Este ceticismo denominado “terapêutica niilista”² negou por completo, desacreditou os tratamentos empíricos propostos até então. Os niilistas tiveram, na segunda metade do século XIX, poder e influência na medicina acadêmica, “[...] ensinando gerações de estudantes médicos que a real função da medicina era acumular informações científicas sobre o corpo humano mais do que curar.” (PORTER, 2000, p. 138). O niilismo terapêutico teve início em grandes centros médicos europeus em 1840s. Dietl (1841 apud PORTER, 2000, p. 138) disse que

A medicina como uma ciência natural não pode ter a tarefa de inventar panacéias, e descobrir cura milagrosa que enxote a morte, mas ao invés disso

¹ Osler, (Sir) William, 1849 – 1919, médico canadense, professor de medicina da John Hopkins University. Um dos mais influentes médicos do mundo de língua inglesa.

² Niilismo: Rejeição às crenças existentes; no caso rejeição a todos os tipos de tratamentos empíricos empregados na época.

de descobrir as condições sob as quais pessoas adoecem, melhoram e perecem, em um mundo dependente de uma doutrina onde a condição humana esta baseada cientificamente sobre o estudo da natureza, física e química.

O “*ver o paciente como Pessoa*” não é recente, e surgiu como doutrina no ano de 1880 e estendeu-se até a segunda guerra mundial, em contraponto ao movimento *niilista* (1841) que dominava as academias médicas, sendo bem representada por G. Ganby Robinson em seu livro, de primeira edição publicada em maio de 1939, com o título “*The Patient as a Person – A study of the social aspects of illness*, no qual relata estudo de casos considerando, não só clinicamente as enfermidades, mas também os aspectos *biopsicosociais*. É um trabalho interessante, onde estudaram 174 pacientes admitidos no Hospital Johns Hopkins, com diversas patologias. Transcrevemos um dos casos, para demonstrar:

Nº 111. MARY FULTON, an unmarried girl, nineteen years old, had been sent to the hospital from western Maryland by her doctor for the study of her diabetes. She had typical symptoms for six months, which had not yielded to diet. The patient was unhappy in the hospital, wept frequently, and wanted to return home before the study of her case was completed. Mary was found to be a bright, intelligent girl who seemed to have a naturally happy and cheerful disposition. She could give no adequate reason for her depressed feelings and for her spells of weeping, but it was evident from an interview that she suffered from homesickness. She had lived at home with her mother, father, and three younger sisters, and helped her mother with the housework. After reviewing with the patient the problems she had to face, the importance of remaining in the hospital until the severity of her diabetes could be accurately determined and her plan of treatment decided, she became more cheerful and quite reconciled to remain until this was done.

Comment. Homesickness in this case threatened to interrupt the study of the patient's illness and her proper instruction, as she wanted to return home. However, explanations and ‘standing by’ brought about a cheerful and satisfied state of mind. Homesickness no doubt affects many patients who have come to the hospital alone from distant places, in a way that they themselves do not completely understand, and the revelation of the nature of their emotional disturbances together with sympathetic handling is often very helpful. (ROBINSON, 1946, p. 278).

Sobre o estudo realizado, Robinson (1946, p. 388) escreve:

Estes pacientes foram estudados como indivíduos totais, com particular consideração de suas condições sociais adversas e de seus distúrbios emocionais. [...] definitivas condições sociais adversas foram encontradas nas vidas de 80 por cento destes pacientes, e 66 por cento tinham uma relação definida com suas doenças. [...] foi encontrado que condições sociais adversas eram um fator importante no cuidado médico de 71 por cento dos casos. Sem um entendimento das causas sociais sobrepostas dos problemas psicogênicos, o tratamento muito freqüentemente inicia e termina com inefetiva segurança e com a prescrição de drogas sedativas.

Robinson (1946) talvez tenha sido um dos primeiros a buscar explicitar a diferença entre *disease* (enfermidade) e *illness* (doença), e suas repercussões na prestação do cuidado médico:

- a) enfermidade (*disease*) é uma construção teórica ou abstrata pela qual o médico busca explicar problemas das pessoas em termos de anormalidades de estrutura e/ou funções de órgãos do corpo e sistemas, incluindo desordens físicas e mentais;
- b) doença (*illness*) refere-se à experiência pessoal da Pessoa com sua saúde. O trabalho diagnóstico explica aquilo que cada indivíduo com uma enfermidade tem em comum com todos os outros, mas a doença de cada Pessoa é única.

Com a supremacia do modelo proposto por Abraham Flexner³, a partir de 1910, houve uma maior valorização de hospitais e da tecnologia, considerados suficientes para resolver os problemas de saúde, deixando-se de lado outros instrumentos da prática médica e o paciente como Pessoa.

O aumento do “especialismo” na medicina ao final do século XIX foi em parte empurrado por demandas públicas e em parte pela indústria médica, fazendo os especialistas, mais que os médicos generalistas, aderirem e protegerem-se sob o

³ Em 1910, o educador americano Abraham Flexner fez uma avaliação do ensino médico nos Estados Unidos e Canadá, e concluiu que, das 155 faculdades de medicina existentes, 120 apresentavam condições péssimas de funcionamento. O relatório de Flexner, *Medical Education in the United States and Canada*, teve o efeito de um terremoto, e nos anos seguintes a quase totalidade das instituições por ele criticadas fechou suas portas. Este modelo foi amplamente difundido pelo mundo, contando para isto com apoio da Fundação Rockefeller, da qual um irmão de Flexner era diretor.

manto da ciência, uma poderosa atração para um público com implícita confiança nos milagres do progresso. Um exemplo desta supremacia tecnológica e desaparecimento do niilismo são representados pelo discurso de Walter Rivington, cirurgião do Hospital de Londres, em 1879:

The inexorable public will not believe in a man who is good all round. Whith the public a physician who can treat the liver is not good for the stomach, certainly not for the kidneys. The heart has no conections whith the lungs, and all the organs of the body are totally independent of the another. (PORTER, 2000, p. 145).

Esta busca pelas soluções meramente tecnológicas, considerando os exames e procedimentos diagnósticos como “extensão” do médico (HELMAN, 2003) trouxe significativas contribuições, mas por outro lado revelou-se dispendiosa e pouco efetiva para muitos problemas, principalmente naqueles vinculados ao comportamento, hábitos e relações das pessoas, e que estão sujeitos à capacidade volitiva das mesmas.

Ao buscar a definição de “*paciente*” (Do lat. *patiens, patientis.*), segundo o dicionário de língua portuguesa LARROUSE (1999, p. 4.377), temos:

Adj. 1. Conformado, resignado, sofredor, que sofre física ou moralmente, que suporta com moderação e sem queixa. – 2. Tranquilo, sereno. – 3. Que opera uma tarefa difícil e lenta: um relojoeiro paciente. – 4. Perseverante (em suportar e fazer);
s.m. e f. 1. Pessoa que esta sob cuidados médicos. – 2. Doente. – Pessoa que padece.
s.m. Filos. Aquilo sobre o que a causa opera, em oposição a agente. – Gram. Aquele que recebe a ação praticada por um agente.

Mas então, como a medicina, o médico vê a Pessoa? Qual o uso na prática que o médico faz deste conceito? Qual sua repercussão na relação médico-Pessoa, quando nos referimos aos seres humanos que atendemos e os nomeamos *pacientes*? Pelo que vimos *paciente* é um papel a ser assumido pela Pessoa quando esta doente,

portanto *paciente* é o termo que define como deve comportar-se uma Pessoa que esta doente. Mas a definição de *paciente* retira os aspectos volitivos, a Autonomia da Pessoa, determina um comportamento, transforma a Pessoa, num indivíduo, e se contrapõe à definição de Pessoa, significando na abordagem dos problemas de saúde *da-pessoa-que-busca-ajuda* e na participação que lhe é esperada na produção da saúde. Este fato é acrescido e podemos até dizer agravado, por outro com simbolismo de muita significação representada na prática médica, pelo hábito de nomear as pessoas pelo número do leito onde estão (“- fui ver o 321”) ou pela enfermidade (disease) que os afeta (“- Atendi uma hepatite”).

É interessante que nos livros texto de medicina, a palavra paciente (*patient*) aparece freqüentemente ao longo dos textos médicos, mas em geral não existe nestes livros nenhum texto específico que conceitue, defina o que é, quem é o *paciente*. Parece que existe um consenso pré-estabelecido do paciente e do seu papel, pois quando existem, os textos tratam das estratégias para aumentar a aderência e colaboração dos pacientes aos tratamentos. Tratam da relação médico-paciente, como fundamental, definindo inclusive papéis e tarefas pertinentes a cada um destes personagens, mas preocupam-se com o paciente sempre como alguém sofredor de uma ação: ex. aderência, e os fatores que interferem na aderência do paciente ao tratamento. Mesmo Stewart (1995), que propõe uma nova abordagem *a-Pessoa-que-busca-ajuda*, vendo o paciente como Pessoa inteira tem como título de seu livro: “medicina centrada no paciente”.

Na definição de paciente relacionada à saúde, (LARROUSE, 1999, p. 4577) aparece o uso do vocábulo ‘Pessoa’, portanto paciente pressupõe “Pessoa doente”, sem que com isso perca “[...] independência, livre arbítrio, ação de acordo com sua vontade e respeito aos preceitos éticos.”

Ao longo do tempo foram desenvolvidas diversas estruturas teóricas que podem ajudar os médicos entender o desenvolvimento individual das pessoas que cuida, e proporcionar explicações e previsões sobre seu comportamento. Entender a enfermidade (disease) da Pessoa é ver apenas uma dimensão de sua personalidade. Pois um diagnóstico geral teria que levar em conta as pressões externas a que é submetida, seu mundo interior, suas relações com outras pessoas significativas, e também a forma que tomou a relação com o médico. A Pessoa que vem à consulta é pai, mãe, filho, ou avô, que tem uma história, certas circunstâncias presentes, e um futuro. Tem relações, obrigações, e uma organização de sua vida que pode ser saudável ou não. A personalidade saudável se define por um sólido sentido de si mesmo, auto-estima positiva, uma posição de independência e autonomia emparelhadas com a capacidade de relacionar-se, e de intimidade. Cada etapa do desenvolvimento vital tem suas próprias tarefas evolutivas e papéis a cumprir, assim como riscos biológicos e psicossociais. O contexto da Pessoa doente inclui sua família, amigos, trabalho, religião, escola e recursos de saúde. O reconhecimento deste contexto permite que o médico não veja os problemas de saúde como eventos isolados, e sim como uma resposta a, ou inseridos, em crises vitais, stress, hábitos inadequados, disfunção familiar, etc.

O 2º componente do método clínico centrado no paciente *Entendendo a Pessoa de modo abrangente, inteira*, talvez seja o mais importante conceitualmente, pois acreditamos que a maior dificuldade dos médicos e do sistema de saúde seja entender aquele que esta sob seus cuidados como *um dos papéis a ser assumido por uma Pessoa*, sem desvinculá-la do mundo no qual vive, integrando os conceitos de doença (illness) e enfermidade (disease) com consciência de seu ciclo e contexto de vida. No ciclo de vida da Pessoa devemos considerar o desenvolvimento da própria

personalidade, bem como os vários estágios de desenvolvimento da família, e suas repercussões frente à doença.

As diversas denominações utilizadas para designar *a-Pessoa-que-busca-ajuda* para seus problemas de saúde (paciente, usuário, cliente, indivíduo, sujeito, ator, etc) tem mudado para se adequar às concepções teóricas que orientam a organização e gestão dos serviços e a formação dos profissionais num dado momento. Mas todas de certa forma ao serem utilizadas retiram ou não consideram os aspectos volitivos, da vontade da Pessoa, fragmentando-a, colocando-a ao final como alguém que sofre uma ação, e não como um parceiro.

Galeano (2003, p. 13), conta a seguinte história:

Um homem da aldeia de Neguá, no litoral da Colômbia, conseguiu subir aos céus.

Quando voltou, contou. Disse que tinha contemplado, lá do alto, a vida humana. E disse que somos um mar de fogueirinhas.

- O mundo é isso – revelou-. Um montão de gente, um mar de fogueirinhas.

Cada pessoa brilha com luz própria entre todas as outras. Não existem duas fogueiras iguais. Existem fogueiras grandes e fogueiras pequenas e fogueiras de todas as cores. Existe gente de fogo sereno, que nem percebe o vento, e gente de fogo louco, que enche o ar de chispas. Alguns fogos, fogos bobos, não alumiam nem queimam; mas outros incendeiam a vida com tamanha vontade que é impossível olhar para eles sem pestanejar, e quem chegar perto pega fogo.

Estas descrições das diferentes visões das “gentes” e seus “fogos” resumem de certa forma o que foi dito até agora sobre Pessoa, e como o médico deve encarar a relação com os doentes, e introduz dois aspectos da Teoria da Resiliência⁴, uma se

⁴ Resiliência – O vocábulo resiliência tem sua origem no latim, do termo resilio que significa voltar atrás, voltar de um salto, ressaltar, rebotar. O termo foi adaptado para as ciências sociais para caracterizar aquelas pessoas que apesar de passar por situações de grande risco ou stress, se desenvolvem psicologicamente sãos e vitoriosos. (Rutter, 1993). Em física e engenharia se utiliza o termo para a capacidade de certos metais em retornar a sua forma original mesmo depois de submetidos a força ou pressão que os deforme.

refere à potencialidade da cada Pessoa desenvolver-se e a outra traz a idéia da diversidade, de diferença entre as pessoas.

Para tornar efetiva sua atuação o médico - este estudo trata do médico⁵, sem desconsiderar a importância do papel desempenhado por diversos profissionais na área da saúde e pelo trabalho em equipe - necessita utilizar método de abordagem aos problemas de saúde que efetivamente promova um cuidado eficaz o suficiente para promover mudanças, o que só é possível com a participação co-responsável e intercessora⁶ da Pessoa doente.

O método *clínico centrado no paciente* (STEWART, 1995) traz uma nova abordagem que considera o paciente como uma Pessoa, propondo mudanças na concepção do “clínico”, com o médico “empoderando” o paciente e renunciando ao controle tradicional, pois segundo Lown (1997, p. 95), em *A Arte perdida de Curar* o médico e a Pessoa devem “[...] tornar-se sócios, parceiros, e para que haja parceria em medicina, o sócio principal tem que ser o paciente, que não deve ser impedido de pronunciar a palavra decisiva, a última palavra.” Considerando isto e a proposta do MCCP, este deveria, denominar-se “método clínico de abordagem centrada na Pessoa.”

A partir destas reflexões, talvez signifique que o caminho seja mudar o slogan: de “ver o paciente como Pessoa”, para: “ver a Pessoa *enquanto* paciente”, pois a condição de doente é um dos papéis que assume, sem deixar de lado os demais.

⁵ Médico - Deriva do substantivo *medicus*, que, por sua vez, provém do verbo *mederi*, cujo significado primário é "pensar". Ou seja, na língua latina, confere-se ao médico antes de tudo, o atributo de pensador, sendo o pensamento, por ele acionado, o ponto de partida para a cura do paciente. A propósito, a etimologia de médico *mederi* = "pensar" explica um sentido, hoje menos empregado na língua portuguesa, do verbo pensar, que significa "curar" ou "tratar" um ferimento. É interessante também observar que, no mesmo contexto da prática terapêutica, o verbo *mederi* se relaciona com o verbo latino *meditari*, fonte do português meditar, e que significa expressamente "refletir, a fim de curar". Simão de Miranda.

⁶ De espaço interseção – como o local no processo de trabalho em saúde onde se estabelecem as trocas na relação do profissional com a pessoa.

Então a partir deste momento deixaremos de usar o termo “paciente”, exceto em citações ou reproduções, substituindo-o por “Pessoa”, buscando assim causar a ruptura necessária a uma abordagem médica voltada ao cuidado em seu sentido mais amplo, pois o termo *Pessoa* já diz tudo e define em que plano vai acontecer esta relação entre os profissionais e os doentes: *como uma relação entre pessoas, envolvendo todos os aspectos que aproximam, afastam, facilitam, dificultam as relações pessoais, e considerando todos os contextos existentes.*

4.3 AUTONOMIA E MODELOS DE ABORDAGEM MÉDICA

Muitos modelos têm sido propostos e descritos para caracterizar as diferentes formas de interação do médico com as pessoas e suas doenças. Alguns autores até propõe que não se use um modelo único, e primeiro se pergunte à Pessoa quanto de informação médica ela deseja e quanto deseja negociar a tomada de decisão (CLARKE, 2004). Mas mesmo concordando que temos modelos suficientes, e o que necessitamos é implementar uma abordagem adequada, partir para a ação, considero importante clarear os principais modelos.

4.3.1 Modelos de abordagem médica

As lutas existentes nas últimas décadas - decorrentes das mudanças na sociedade - sobre o papel das pessoas nas decisões sobre sua saúde por parte dos médicos, que desenvolveram expectativas de ambos (Pessoas e médicos), assim como padrões éticos e legais reguladores, reforçam a necessidade de responder-se à pergunta sobre “Qual deve ser a relação ideal médico-Pessoa?”.

Para responder a esta pergunta, Emanuel e Emanuel (1992), descrevem modelos de abordagem médica construídos sobre os seguintes entendimentos:

- a) os objetivos da interação do médico com a Pessoa;
- b) as obrigações do médico;
- c) a função dos valores da Pessoa;
- d) a concepção da autonomia da Pessoa.

A seguir faremos uma síntese de cada modelo.

Modelo Paternalista: também chamado de modelo parental, benemerente ou sacerdotal, no qual a interação do médico com a Pessoa têm por objetivo assegurar que esta receba a intervenção que melhor promove sua saúde e bem estar. Para este fim o médico utiliza suas habilidades para determinar a situação clínica, seu estágio de evolução da doença, qual o melhor manejo (exames, tratamentos) para restaurar a saúde ou aliviar a dor, apresentando à Pessoa informações selecionadas que vão encorajá-la a consentir com a intervenção que o médico considera a melhor. Neste modelo o médico age como um guardião da Pessoa, articulando e implementando o que é melhor para ela. No modelo paternalista a concepção de *autonomia* é a concordância da Pessoa com as determinações do médico do que é melhor.

Modelo Informativo: também chamado científico, do planejamento ou do consumidor, no qual o objetivo da interação médico-Pessoa é para o médico prover a Pessoa com todas as informações relevantes para que ela possa selecionar a intervenção médica que deseja, e para o médico executar a intervenção selecionada. Ou seja, o médico informa a Pessoa sobre o estado do seu problema de saúde, a natureza do diagnóstico, as possíveis intervenções terapêuticas, os riscos e benefícios associados com as intervenções e algumas incertezas de conhecimento, para que ela escolha o manejo que melhor concretize seus valores. Como podemos perceber o modelo informativo assume uma distinção bastante clara entre fatos e valores, sendo os valores da Pessoa bem definidos e cabendo ao médico prove-la com fatos. Os valores do médico não são expostos, ele age como um técnico especialista, cuja obrigação é proporcionar a verdadeira informação. No modelo informativo a concepção de *autonomia* é o controle da Pessoa sobre a tomada de decisão médica.

Modelo Interpretativo: onde o objetivo da relação médico-Pessoa é esclarecer os valores da Pessoa e o que atualmente deseja, e ajudá-la selecionar a intervenção médica disponível que melhor concretize estes valores. Do mesmo modo que no informativo o médico presta todas as informações sobre a situação clínica e opções de manejo, mas ajuda a Pessoa a descobrir e articular seus valores, que neste caso não estão claros, e sim incipientes ou parcialmente entendidos. Então, o médico trabalha com a Pessoa, sem ditar, para que esta decida sobre quais testes e tratamentos melhor concretizam seus valores e prioridades. No modelo interpretativo a concepção de *autonomia* é o autoconhecimento da Pessoa.

Modelo Deliberativo: o objetivo na interação médico-Pessoa é para ajudar a Pessoa a determinar e escolher o melhor valor relacionado à saúde que pode ser realizado na

situação clínica. No modelo deliberativo o médico age como um professor ou amigo, juntando-se com a Pessoa num diálogo em que se busca qual curso de ação pode ser o melhor. Discute somente valores relacionados com a saúde, que afetam ou são afetados pela doença da Pessoa ou o tratamento. Não apenas o médico indica para a Pessoa o que ela deve fazer, mas conhecendo-a e desejando-lhe o que é melhor, orienta acerca de qual a decisão sobre terapia médica deve ser considerada. A concepção de *autonomia* da Pessoa é autodesenvolvimento moral; a Pessoa é “empoderada” não só simplesmente para seguir preferências não-examinadas ou valores examinados, mas para considerar, através do diálogo, alternativas de valores relacionados à saúde, suas conveniências, e suas implicações para o tratamento.

Cabe ressaltar que estes modelos são importantes como base da atuação do médico, mas devem ser acrescidos de outros conceitos e categorias que ampliam sua importância, tais como a abordagem sistêmica e a abordagem familiar.

A questão central que define e diferencia os diversos modelos é o papel que a Pessoa assume, a Autonomia que dispõe e com a qual participa do processo de enfrentamento aos seus problemas de saúde, é fundamental que o médico tenha isto presente nas suas ações, incorporando este respeito e uso “rotineiro” de um método de abordagem no seu “saber ser”. Por isto vou tratar da Autonomia separadamente.

4.3.2 Autonomia

“O respeito à dignidade e autonomia de cada um é um imperativo ético e não um favor que podemos conceder uns aos outros.” (FREIRE, 1996, p. 59).

A palavra *Autonomia* se denomina o fato de que uma realidade está regida por uma lei própria, distinta de outras leis, porém não forçosamente incompatível com elas. No vocabulário filosófico o termo *autonomia* (MORA, 1982) pode ser empregado em dois sentidos:

- a) *Sentido ontológico*: segundo ele mesmo, se supõe que certas esferas da realidade são autônomas em relação a outras. Tal autonomia não implica que uma esfera determinada não se reja também por leis de outra esfera considerada como mais fundamental.
- b) *Sentido ético*: segundo este, se afirma que uma lei moral é autônoma quando têm em si mesma seu fundamento e razão própria de sua legalidade.

Muitos autores⁷ tem discutido a Autonomia em seus diversos aspectos éticos e morais, e podemos dizer que embora divergências existam, existem duas condições de consenso sobre o que é essencial para a Autonomia:

- a) liberdade (independência do controle de influências);
- b) ação (capacidade de ação intencional).

Na sociedade em que estamos vivendo, caracterizada por alteração e mudanças do sistema de valores tradicionais, evidenciadas com a intensificação do processo de globalização, com um contexto onde obediência cega, humildade e concordância deixaram de estar em alta, a Autonomia passa a ser condição básica para conviver com os riscos, as incertezas e os conflitos.

As pessoas necessitam ter o conhecimento, a capacidade de decidir, de processar e selecionar informações, a criatividade e a iniciativa. Com isso a Autonomia

⁷ Dentre eles podemos citar alguns referidos por MORA (1982, p 276-277): Beauchamp, T. L.; Cardozo, Benjamin; Charlesworth, M.; Engelhardt, H. T.; Kamii, C.; Kant, I.; Kesselring, T.; Piaget, Jean.; Mill, J. S.

torna-se uma necessidade com várias faces: *material* (domínio da vida contemporânea), *emocional* (comunicação, diálogo), *sócio-cultural* (reflexão) e *política* (entender as contradições), cabendo à Pessoa interrogar, refletir e deliberar com liberdade e responsabilidade.

O médico desde os dias de Hipócrates, geração após geração tem jurado dar o “*melhor de si*” para proteger pessoas de danos e restaurar-lhes a saúde, seguindo um dos dogmas mais antigos e fundamentais da profissão médica. Em função disto é reconhecido como aquele “guardião” que usa seus conhecimentos especializados e treinamento para beneficiar as pessoas, incluindo *decidir unilateralmente o que constitui um benefício*. Este relacionamento assemelha-se àquele entre um sábio e cuidadoso pai e seu filho, daí o uso do termo paternalismo. Esta postura paternalista, durante séculos não foi desafiada e permaneceu firme como o *modus operandi* (CHIN, 2002) para a relação do médico com quem busca ajuda. As mudanças ocorridas na sociedade têm relocado para a Pessoa a autoridade de tomar decisões. Como ilustração podemos usar, citando o que estava escrito em 1847 no artigo II do código de ética da American Medical Association (AMA) intitulado “Obligations of patients to their physicians”, na seção 6:

The obedience of a patient to the prescriptions of his physician should be prompt and implicit. He should never permit his own crude opinions as to their fitness, to influence his attention to them. A failure in one particular may render an otherwise judicious treatment dangerous, and even fatal. (AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION, 1847 apud CHIN, 2002, p. 152).

Já, em contraste, a opinião da AMA em 1990 em texto intitulado “Fundamental Elements of the Patient-Physician Relationship” agora expressa uma posição radicalmente diferente:

The patient has the right to make decisions regarding the health care that is recommended by his or her physician. Accordingly, patients may accept or refuse any recommended medical treatment. (CHIN, 2002, p. 152).

Hoje o princípio da Autonomia e autodeterminação do paciente emergiu como característica dominante nos cuidados à saúde, em muitos casos sobrepondo-se ao princípio médico beneficente, pois com exceção talvez do existente e necessário nos casos de pacientes não autônomos, o paternalismo é geralmente percebido sob luzes negativas, apesar das intenções e resultados (CHIN, 2002). Não devemos esquecer que nem todas as pessoas estão em condições de se autodeterminar, podendo perder esta capacidade, de forma total ou parcial; permanente ou temporária, devido a doenças e outras situações que restrinjam sua liberdade. Nestes casos, estas pessoas requerem proteção.

Com relação às pessoas doentes, uma abordagem que talvez sirva melhor é aquela que promova uma harmoniosa integração de paternalismo e Autonomia. A Pessoa jamais deve ser compelida pelo medo ou pelo desconhecimento a fazer uma escolha difícil. Esta integração entre Paternalismo e Autonomia pode ser alcançada através da divisão da tomada de decisão, e assim o significado, a riqueza e certeza da escolha da Pessoa doente podem ser melhorados pelas recomendações e alertas médicos.

Na prática médica, sobressai-se o aspecto ético que rege a relação do médico com a *Pessoa-que-busca-ajuda*. Segundo Goldim (2004), uma das bases teóricas para o princípio da Autonomia é o pensamento de John Stuart Mill (1806 – 1883) o qual propôs que “[...] sobre si mesmo, sobre seu corpo e sua mente, o indivíduo é soberano”. Ainda segundo Goldim (2004),

[...] uma pessoa autônoma é um indivíduo capaz de deliberar sobre seus objetivos pessoais e de agir na direção desta deliberação. Respeitar a

Autonomia é valorizar a consideração sobre as opiniões e escolhas, evitando, da mesma forma, a obstrução de suas ações, a menos que elas sejam claramente prejudiciais para outras pessoas. Demonstrar falta de respeito para com um agente autônomo é desconsiderar seus julgamentos, negar ao indivíduo a liberdade de agir com base em seus julgamentos, ou omitir informações necessárias para que possa ser feito um julgamento, quando não há razões convincentes para fazer isto.

Abordando as duas condições fundamentais para a Autonomia - *liberdade e ação* - podemos nos referir às inúmeras semelhanças na relação de ensino-aprendizagem entre professor e aluno (*com o objetivo da aprendizagem*) e a do médico com as pessoas (*com o objetivo do cuidado*), o que nos permite buscar referência em Freire (1996), acerca dos saberes necessários na reflexão que necessita ser feita pelos médicos, para construir uma relação com *a-Pessoa-que-busca-ajuda*, para que se estabeleça um vínculo adequado e ético.

Isto se fortalece ao levarmos em consideração a maneira como tradicionalmente se apreende a ser médico: observando profissionais/professores com os quais há identificação pelo modo de agir e portar-se, que passam a servir de modelos nas intervenções e relacionamento com as pessoas. Em geral o “saber fazer” do relacionar-se com as pessoas, não é formalmente ensinado, e o “saber ser” do médico consolida-se unindo características pessoais com o(s) modelo(s) com que mais se identifica durante sua formação. Com isto, cada um desenvolve o “nosso jeito” de se relacionar, que por sua vez é afetado pela Pessoa-que-busca-ajuda, sofrendo as influências da transferência e contra-transferência, mas muitas vezes, ainda sem desenvolver uma abordagem que privilegie a Pessoa. Os resultados desta composição nem sempre são satisfatórios. Todos professores e estudantes de Medicina deveriam ler *Pedagogia da Autonomia*, livro de Paulo Freire, pois esta leitura ajudaria imensamente os profissionais que ensinam Medicina, e também aqueles que apenas a praticam, porque ao ler e substituir *professor* por *médico*, *aluno* por *Pessoa*, *ensino* por

cuidado, terão uma contribuição sem igual na melhoria de sua abordagem das pessoas. Como exemplo temos a seguinte frase:

O ensino [Cuidado] deve ser resultado de competência profissional e generosidade pessoal, sem autoritarismo e arrogância, criando-se assim clima de respeito mútuo e disciplina saudável entre a autoridade docente [médico] e as liberdades das pessoas [...] (FREIRE, 1996, p. 91).

Ao analisar que implicações têm o princípio da Autonomia para o médico, temos que levar em conta, admitir, que um médico não é Deus de seu paciente, mas nem é “só um técnico com uma formação”, e que a relação médico-Pessoa nunca é igual, e sim assimétrica. Com isso nos referimos que *a-Pessoa-que-busca-ajuda*, em consequência de sua doença (*illness*)⁸ esta vulnerável e, se coloca em situação de inferioridade frente ao profissional. Por outro lado, no processo de comunicação o médico põe em jogo um atributo de sua Pessoa, a *competência profissional*, enquanto que *a-Pessoa-que-busca-ajuda* coloca mais, coloca *sua própria Pessoa*, com a maior ou menor desvalia em virtude da situação de doença (*illness*) vivenciada. Portanto, numa situação destas, de relação assimétrica, é evidente a necessidade de maior proteção do mais frágil, do doente, tendo como um limite a esta prioridade, o determinado pela máxima de não causar dano. Ao cuidar, o médico na aplicação de seus conhecimentos não pode atuar produzindo o que considera um dano, mesmo que a Pessoa que solicita não julgue assim. Por exemplo, não se pode pedir que receite algo que pode prejudicar a Pessoa, ainda que esta o solicite no exercício de sua Autonomia. O conflito decorrente entre a Autonomia da Pessoa, a obrigação de não lesar do médico, com a necessidade de gestionar os recursos limitados devem ser resolvidos com base nos princípios da bioética, através de deliberação.

⁸ A razão de salientar a palavra *illness*, como a correlata de doença, é para ressaltar a diferença com a palavra enfermidade (*disease*).

“Ensinar [Cuidar] não é a mera transferência de conhecimentos, mas sim a conscientização e testemunho de vida, senão não terá eficácia.” (FREIRE, 1996, p. 47).

Na prática médica o respeito à Autonomia se concretiza através de uma abordagem centrada na Pessoa. Respeitar a Autonomia da Pessoa implica dar toda informação relevante, com linguagem compreensível, saber escutar durante a entrevista, adotar atitude empática (tentando entender suas emoções, situação, expectativas, desejos), procurar respeitar as preferências da Pessoa no que se refere a sua enfermidade (disease)⁹, contemplando as implicações pessoais e sócio-familiares de seus problemas de saúde. Implica também respeitar a confidencialidade do que se conta na consulta (ALCARAZ, [200-]).

Deve-se reservar um espaço para a discussão sobre Autonomia *do médico* em sua relação com as pessoas, afetada pelas *condições de trabalho* (número de pessoas atendidas, remuneração, tempo disponível), *o desenvolvimento e disponibilidade de tecnologia*, *a normatização científica e política* (protocolos e programas) das intervenções, e da *organização da assistência* pública ou privada. Isto é importante, uma vez que os contextos de trabalho e de vida social, política e cultural se inter-relacionam, sendo assim impossível separar a Autonomia exigida e desenvolvida no mundo do trabalho das condições gerais de vida do indivíduo. Isto tem afetado diretamente o médico, com a crescente perda de Autonomia no seu desempenho profissional, transformando a própria definição de Medicina, e a essência da atuação médica, onde atributos relevantes tais como dedicação, disponibilidade, afeto, são muitas vezes deixados de lado em nome da competência, da precisão e da perícia.

⁹ A razão de salientar a palavra disease, como a correlata de enfermidade, é para ressaltar a diferença com a palavra doença (illness).

A autonomia supõe inicialmente um domínio técnico completo do processo de produção, repousa, então sobre saberes teóricos e práticos que se adquirem ao mesmo tempo na formação inicial e na formação do trabalho (TOMASI, 2004).

Talvez a melhor denominação para o princípio da Autonomia, não sendo mais entendido apenas como a autodeterminação de um indivíduo a partir da inclusão do outro, seja a responsabilidade pelo respeito à Pessoa, reforçando nosso entendimento da Autonomia como uma categoria central da essência da vida humana, e como tal, conferindo o poder de determinar os processos e as estratégias de ação, escolher caminhos e alternativas, bem como objetivar desejos e ideais no sentido de efetivar a ação crítica nas mais diversas situações que a vida nos impõe.

Novamente “plagiando” Paulo Freire:

“A Autonomia, a identidade das pessoas tem que ser respeitada, senão, o ensino [Cuidado] tornar-se-á ‘inautêntico’, palavreado vazio e inoperante.” (FREIRE, 1996, p. 69).

A autonomia é fator crucial na prestação de Cuidado à saúde, e principalmente na atuação do médico de família e comunidade, que tem contato com as pessoas ao longo de suas vidas, identificando situações de enfermidade e doença, mesmo antes delas acontecerem, tendo oportunidade de intervir não apenas de forma curativa ou reabilitadora, mas principalmente de modo preventivo. Como vimos na metáfora das árvores gastará menos energia e será mais efetivo se buscar conhecer e melhorar o todo, e contando com a participação dos envolvidos.

4.4 NO BRASIL: A SAÚDE, O MERCADO DE TRABALHO E O ENSINO MÉDICO

“A medicina é um saber-poder que incide ao mesmo tempo sobre o corpo e sobre a população.” (FOUCAULT, 1999, p. 302).

Os parágrafos a seguir abordam alguns dos aspectos que podem estabelecer relações e entendimento da lógica que tem influenciado a organização do sistema de saúde no país, e no mundo globalizado, nas últimas décadas.

Para entender a história da medicina e do sistema de saúde no Brasil, devemos iniciar por Portugal, que durante os séculos XV e XVI estruturou seu sistema de saúde e criou leis regulamentando o exercício da prestação de cuidados à saúde. Chegou a ter um hospital considerado um dos maiores e mais aparelhados do mundo: o *Hospital de Todos os Santos* em Lisboa. Havia um cuidado e preocupação do governo português em matéria de assistência hospitalar, não só em Portugal, mas também em suas colônias, como na Índia, África e Ásia. Cuidado este, que não se repetiu no Brasil Colônia.

Em 1288, foi criada a primeira cátedra médica na Universidade de Lisboa, sendo transferida para Coimbra em 1306 e permanecendo até 1836 como a única escola médica de Portugal que licenciava médicos. Houve, portanto uma opção pela certificação profissional por instituições reconhecidas para prática da medicina. Isto era um diferencial num período da civilização em que o aprendizado da medicina era realizado acompanhando médicos mais antigos, e no qual a medicina estava subordinada à religião (GOMES, 1974).

O Brasil, não mereceu o mesmo cuidado que as demais colônias portuguesas, pois durante a maior parte do período colonial, não recebeu investimentos ou

iniciativas de parte da Corte na área de assistência à saúde. Diante desta lacuna, coube aos jesuítas assumir a iniciativa de prestar cuidados aos colonos pobres e índios, e no século XVI fundarem as primeiras Santas Casas (GOMES, 1974).

Os físicos oficiais - em 1549, com Tomé de Souza chega ao Brasil o primeiro, chamado Jorge Valadares - pagos pelo governo estavam mais preocupados em atender aos funcionários da Coroa e às pessoas graduadas.

Os físicos e cirurgiões chegados ao Brasil, segundo relatos da época

[...] foram na quase sua totalidade, indivíduos medíocres, de pouco saber, cuja arte não ia além de pequenos rudimentos. Esses físicos não podiam ser mesmo homens de muitas luzes, nem clínicos e cirurgiões de renome. Servir na longínqua colônia americana era viver numa espécie de exílio, era não acumular haveres, não ter clinica farta e rendosa. (GOMES, 1974, p. 151).

Com a passagem de Portugal ao domínio espanhol, a medicina brilhante e avançada desenvolvida no século XVI em suas colônias, definitivamente não chega ao Brasil. E no século XVIII o ouro das Gerais, serviu para construir palácios e conventos; nenhum hospital.

O ensino médico no Brasil tornou-se realidade no século XIX, período da vinda de Dom João VI e da Corte Portuguesa para o Brasil, quando foram criados os dois primeiros cursos de medicina no país, em Salvador (Colégio Médico-Cirúrgico da Bahia) e no Rio de Janeiro (Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro). Durante quase um século permaneceram com a exclusividade de formar médicos no país. Em 1898, foi criado mais um curso de medicina, desta feita no Rio Grande do Sul.

A partir da Independência e do afastamento de Portugal, as reformas se voltam para as idéias francesas, tendo a Escola Superior Francesa servido de parâmetro e inspiração para a criação da universidade brasileira (ACSSJR, [200-]).

No início do Século 20 a estruturação das escolas médicas, a abordagem dos problemas de saúde e a organização dos sistemas de saúde tiveram dois caminhos a seguir: um apontado por Abraham Flexner (1866 – 1958, EUA) hospitalocêntrico, de enfoque individual, curativo, baseado em tecnologia e centrado no médico; e outro proposto por Bernard Edward Dawson (1864-1945, Inglaterra) com ênfase na prevenção e diagnóstico precoce dos problemas de saúde, descentralizado, hierarquizado, e de enfoque coletivo.

Em 1910, o educador americano Abraham Flexner fez uma avaliação do ensino médico nos Estados Unidos e Canadá, e concluiu que, das 155 faculdades de medicina existentes, 120 apresentavam condições péssimas de funcionamento. O relatório de Flexner, *Medical Education in the United States and Canada*, teve o efeito de um terremoto, e nos anos seguintes a quase totalidade das instituições por ele criticadas fechou suas portas (SCHWARTZMAN, 1993; PORTER, 2000).

Como o modelo inglês não foi implementado diante das dificuldades econômicas existentes no final da 1ª Guerra Mundial. O modelo hegemônico foi o flexneriano, que se difundiu pelo mundo, por incentivos da Rockefeller Foundation.

Este foi o início do período em que houve ampliação da base tecnológica e conceitual do saber médico e fragmentação de sua prática. Como decorrência temos a taylorização do ensino médico, com a supremacia da tecnologia sobre o raciocínio clínico, com a multiplicação das escolas médicas (FACHINI, 1999).

Nesta época surgiram os primeiros programas de residência médica brasileiros, no Hospital das Clínicas de São Paulo, em 1944, e no Hospital dos Servidores do Estado, no Rio de Janeiro, em 1948. Datam, também, desta conjuntura o surgimento das entidades médicas brasileiras: o primeiro Sindicato Médico, no Rio de Janeiro, em 1927; o Conselho Federal de Medicina, em 1945; e a Associação Médica Brasileira,

em 1951. A partir de 1957, surgiram os Conselhos Regionais de Medicina (BUENO; PIERUCCINI, 2005).

O processo de capitalização da medicina iniciado em meados da década de 50 (séc. XX), somado ao modelo de Flexner, influenciou as escolas médicas e a organização do sistema de saúde, com as seguintes características: ser elitista, normatizar a formação médica, não ter enfoque social e coletivo, endeusar a tecnologia, depender da tecnologia para diagnóstico e tratamento, incentivar os centros especializados - tecnologia e profissionais “experts” de atuação segmentada nos diversos aparelhos do corpo humano, em determinadas doenças, manejo de equipamentos e realização de procedimentos específicos –, estimulando o consumo dos serviços médicos dentro da lógica capitalista e graduação médica com ênfase na especialização, em detrimento da formação em clínica geral.

Este período também inaugura o ensino de medicina privado no país, com quatro (14,8%) dos cursos criados neste período. Até então, os 13 cursos de medicina em funcionamento eram todos públicos (federais e estaduais). No ano de 1956, o Brasil possuía 24 escolas médicas, das quais 13 (54%) foram criadas entre 1808 e 1948 (em 140 anos) e 11 (46%) entre 1948 e 1956 (em 8 anos).

Na Inglaterra, ao final da 2ª Guerra, inicia-se um movimento de contraponto com o Serviço Nacional de Saúde (NHS) desengavetando as idéias de Dawson, e se organizando com base na territorialização e adscrição da clientela, tendo um médico *general practitioner* (GP) responsável por uma lista de 2.000 a 3.000 pessoas. Começa o quadriculamento do espaço, da delimitação de responsabilidades e do controle sobre as doenças e as pessoas antes mesmos de adoecerem.

A década de 1960 (séc. XX) assinalou uma forte expansão da oferta de médicos no Brasil, com a correspondente ampliação das instituições formadoras. Ao iniciar a

década, existiam no Brasil 27 cursos de medicina. Ao término deste período, 35 novos cursos haviam sido criados no país, sendo a maioria deles por iniciativa privada, indicando um crescimento da ordem de 130%.

A partir de 1963, começam a acontecer no Brasil idéias de municipalizar os serviços de saúde¹⁰, bem como iniciativas da sociedade (igreja, universidades, associações comunitárias) e do Ministério da Saúde apontavam para a possibilidade de ser formulada uma política específica de descentralização dos serviços e ações de saúde no Brasil. Estas iniciativas e propostas são deixadas de lado em função da situação política vigente, que centralizava o poder e o controle.

Em 1965, o Brasil possuía 40.809 médicos para uma população de 80.113.000 habitantes, o que resultava em uma relação de 1/1.963, ressaltando a necessidade de mais médicos para atender a população brasileira. Mas a redução nos gastos sociais pelo governo, porém, fez com que os investimentos públicos no ensino superior fossem reduzidos, gerando a demanda social por mais vagas para o ensino superior desencadeando o movimento dos excedentes dos vestibulares. A Junta Militar que governava o país resolveu aumentando o número de matrículas no ensino superior privado e público. A lógica era a do mercado e o credenciamento das escolas realizado sem maiores verificações da qualidade dos cursos oferecidos. Neste contexto, a expansão dos cursos de medicina nos anos 60 baseou-se em um crescimento de instituições privadas da ordem de 400% (de quatro para vinte) concentrando o desenvolvimento da prática médica nas regiões mais ricas e populosas, principalmente no Sudeste.

Na primeira metade da década de 70 (séc. XX) houve a implantação de atendimento básico de saúde para populações pobres das periferias urbanas ou

¹⁰ Proposta pelo Ministro da Saúde Wilson Fadul e discutida durante a III Conferencia Nacional de Saúde.

residentes nas áreas rurais sem acesso aos serviços de saúde. Buscava-se a integração de ações preventivas e curativas com ênfase em visitas domiciliares, trabalho de campo, saneamento, reuniões e ações educativas, com a denominada medicina comunitária (ACSSJR, [200-]).

O Brasil inicia esta década com 62 cursos de medicina em funcionamento, dos quais 35 (56,5%) foram autorizados na década anterior. E após análise da Comissão de Ensino Médico do MEC, que reafirmava avaliação feita pela AMB, de que o credenciamento das escolas havia sido realizado sem maior verificação da qualidade dos cursos oferecidos; e a expansão dos cursos de medicina ocorrida havia sido demasiada rápida e descontrolada, muitas vezes sem previsão de recursos didáticos e corpo docente, durante 13 anos, de 1971 a 1976 e de 1979 a 1987, nenhum curso de medicina recebeu autorização de funcionamento no país.

Neste cenário flexneriano, o desenvolvimento tecnológico e o avanço do conhecimento científico impuseram a especialização dos profissionais para oferecer aos pacientes o melhor atendimento de acordo com os conhecimentos e tecnologia existentes. Houve uma maior valorização e absorção dos especialistas pelo mercado de trabalho, e com repercussões na graduação médica.

Ainda nesta década, o modelo flexneriano começa a sofrer críticas por ser dispendioso, não resolver os problemas mais freqüentes, e excluir da atenção à saúde as populações pobres, sendo inviável nos países em desenvolvimento: “[...] a fragmentação transforma a resolução de problemas num trabalho de Sísifo e a incapacita como instrumento ordenador.” (BAUMAN, 1999, p. 21).

A falência deste modelo se acentua em 1978 na Conferência de Alma-Ata, promovida pela OMS/UNICEF, com participação de 178 países, tendo como lema “Saúde para todos no ano 2000”, e que em seu relatório recomenda princípios

fundamentais a serem implementados com equidade, para melhorar a saúde das populações pobres do planeta.

No Brasil desta época (só mudou com a Constituição de 1988), o sistema de saúde, era organizado para atender três clientela: os que pagavam assistência privada, os trabalhadores e funcionários públicos que contribuía para ter a previdência e assistência (INPS – IPE - IPASE), e os pobres que recebiam assistência gratuita dos Estados, municípios e instituições filantrópicas (postos estaduais e municipais de saúde, Unidades da Legião Brasileira de Assistência e Santas Casas). Era uma divisão assemelhada ao que acontecia na Antiguidade diferenciando o tratamento dado pelo soberano e sociedades da época às cortes, às vítimas de epidemias e aos leprosos.

A população aumenta, e este sistema fragmentado e especializado não mais atende suas necessidades e demandas. Organismos internacionais - OMS, OPAS, Unicef, ONG - estabelecem indicadores populacionais para controle da qualidade de vida e do desenvolvimento de cada país: cobertura vacinal, mortalidade, desnutrição, expectativa de vida, etc. A avaliação da saúde pelos governantes deixa de ser individual, passando a ser populacional. Os pobres e seus problemas de saúde fazem parte das estatísticas, piorando os indicadores de saúde e explicitando a exclusão social, e um resgate histórico a partir de Foucault, nos mostra semelhanças com a história:

Trata-se também do problema da morbidade, não mais simplesmente, como justamente fora o caso até então, no nível daquelas famosas epidemias cujo perigo havia atormentado tanto os poderes políticos desde as profundezas da Idade Média (aquelas famosas epidemias que eram dramas temporários da morte multiplicada, da morte tornada iminente para todos). Não é diferente, no final do século XVIII: grosso modo, aquilo que se poderia chamar de endemias, ou seja, a forma, a natureza, a extensão, a duração, a intensidade das doenças reinantes numa população. Doenças mais ou menos difíceis de extirpar, e que não são encaradas como as epidemias, a título de causas de morte mais freqüente, mas como fatores permanentes – e é assim que as

tratam – de subtração das forças, diminuição do tempo de trabalho, baixa de energias, custos econômicos, tanto por causa da produção não realizada quanto dos tratamentos que podem custar. Em suma, a doença como fenômeno de população: não mais como a morte que se abate brutalmente sobre a vida – é a epidemia – mas como a morte permanente; que se introduz sorrateiramente na vida, a corrói perpetuamente, a diminui e a enfraquece. (FOUCAULT, 1999, p. 290-291).

Ao mesmo tempo o sistema até então disciplinado por muitas regras e normas começa a falhar no controle, as fraudes contra a previdência se sucedem, as filas nos hospitais e mortes de pessoas na espera do atendimento são matérias constantes na mídia. Estabelece-se o caos na saúde brasileira, há um desgoverno. Um exemplo disto é o próprio Grupo Hospitalar Conceição, desapropriado em 20/02/1975 pelo Governo Federal, devido a fraudes contra o Sistema Previdenciário.

No mundo o sistema público inglês, com seus 30 anos de existência passa a ser sucesso e referência, seguido agora pelo modelo socializado Canadense, e nos EUA se consolida o modelo baseado no médico de família privado sem adscrição da clientela, embora como parte de um sistema de saúde que exclui grande parte da população que não pode pagar a assistência.

No Brasil, em núcleos isolados, surgem programas de especialização médica inspirados na figura do “general practitioner” (inglês), no “family physician” (americano) modificados a partir da realidade local. Três dos principais núcleos localizam-se no Rio grande do Sul e sobrevivem até hoje: Unidade Sanitária São José do Murialdo e Hospital N.S. da Conceição em Porto Alegre, e Universidade Federal de Pelotas.

São os primeiros sinais de mudança nos cuidados à saúde, passando de sistemas altamente normatizados e disciplinares, para sistemas de controle: o médico cubano controlava até a quantidade de sal que os hipertensos usavam na comida, indo almoçar com eles; o sistema inglês tem enfermeiras visitadoras para diversas situações - idosos, recém-nascidos, puérperas.

Inicia-se um processo, baseado na lógica de que é preciso desenvolver uma biopolítica capaz de intervir nos fenômenos determinantes do processo saúde-doença e melhorar a assistência. Usar mecanismos individuais e coletivos de programação, pois a biopolítica trabalha com a população, com fenômenos coletivos e com a regulação. É necessário mudar, passar para um estágio além do “fazer viver” do soberano, do “fazer viver e deixar morrer” referido por Foucault, para um biopoder pós-moderno do tipo: “fazer viver bem e deixar morrer com assistência”.

Movimentos de reorganização do sistema de saúde na busca de melhorar a saúde da população, tendo como parâmetros indicadores de saúde, são desenvolvidos sob a forma de programas: CONASP (Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária -1981), AIS (Ações Integradas de Saúde -1984), etc, funcionando como ensaios e estratégias na busca de reorganizar o sistema de cuidados à saúde, reafirmando as propostas de estruturação territorial e hierarquizada em níveis de complexidade, com ênfase na atenção básica, a exemplo do que já existia em diversos países.

A modernidade orgulha-se da fragmentação do mundo como sua maior realização [...] O mundo que se desintegra numa plethora de problemas é um mundo governável [...] A autonomia territorial e funcional, produzida pela fragmentação dos poderes consiste, primeiro e acima de tudo, no direito de não olhar para além da cerca e de não ser olhado de fora da cerca [...] Todo o empenho da ciência tem sido [...] explicar o todo como a soma das partes e nada, além disso. (BAUMAN, 1999, p. 19-20).

Estes acontecimentos, segundo Faleiros (2003), configuram as três grandes reformas nos sistemas de saúde que ocorreram durante o século XX, assim sintetizadas:

- a) nos anos 1940s e 1950s, a fundação dos sistemas nacionais de saúde e a extensão, para nações de renda média, de sistemas de seguridade social, a maioria delas nos países ricos e algo mais tarde nos países mais pobres;
- b) na década de 60, a promoção da Atenção Primária à Saúde (APS) como a rota para se obter cobertura universal em perspectivas de viabilidade econômica, muitos dos sistemas fundados uma ou duas décadas antes estavam sob grande pressão;
- c) equidade na aplicação dos recursos, com ênfase em financiamento e regulação pública, mas não necessariamente na provisão pública de serviços.

Em 1988 com a nova Constituição – *saúde é um dever do Estado e um direito de todos* –, cria-se o Sistema Único de Saúde (SUS) com os princípios básicos: *universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade*. A transição com a extinção de órgãos, a passagem da assistência para o Ministério da Saúde, o acesso universal e gratuito, traz caos ao sistema, que não estava preparado para os custos decorrentes e para absorver a população pobre e trabalhadores sem previdência social.

Inicia-se a municipalização pensada em 1963: um processo de descentralização das ações repassando verbas para os estados e municípios, cabendo a estes a responsabilidade pelos indicadores. Um processo de reorganização do Sistema de Saúde, com pelo menos 30 anos de atraso, considerando as mudanças ocorridas na Europa.

Nos anos 80 (séc XX) o sistema de saúde, tinha como principais problemas desorganização, dependência do setor privado, desvio de verbas, iniquidade nos investimentos e priorização, ausência de controle sobre doenças endêmicas, poucas

ações preventivas, duplicidade de investimentos, descumprimento da carga horária pelos profissionais, nenhuma participação da sociedade no planejamento e controle.

O resultado era as péssimas condições de saúde da população, indicadores de saúde aquém do esperado – altos índices de desnutrição, baixa cobertura vacinal, etc - , insatisfação da população atendida, exclusão das populações carentes, com flagrante perda da governamentalidade sobre a situação de saúde da população.

Como recuperar, buscar, implementar, realizar a governamentalidade no setor saúde?

[...] a população aparecerá como o objetivo final do governo. Pois qual pode ser o objetivo do governo? Não certamente governar, mas melhorar a sorte da população, aumentar sua riqueza, sua duração de vida, sua saúde, etc. E quais são os instrumentos que o governo utilizará para alcançar estes fins, que em certo sentido são imanentes à população? (FOUCAULT, 1992, p. 289).

Sob a ótica das políticas neoliberais destes anos 90, três movimentos marcam a mudança: o primeiro, com a descentralização da gestão na saúde, através da estadualização e municipalização, redefinindo espaços de atuação e responsabilidades, possibilitando maior controle e racionalização da aplicação dos recursos. Como parte, deste movimento, houve uma publicização do sistema privado e normatização do setor público, que passou a ter limites – tetos - de internações, consultas, exames e procedimentos pagos pelo SUS. Estes tetos são determinados em estimativas baseadas na população do município. Quem atende acima do teto não recebe por este excedente, só é pago o estimado. As doenças, e quantos podem adoecer passa a ser regulamentado em termos de população. Outra publicização do sistema complementar foi com a regulamentação dos planos de saúde aos quais ocorreu a parcela da população que não pode arcar com os custos privados ou não quer passar pelas dificuldades SUS. Embora, por outro lado, a medicina privada continue usando o sistema público para inúmeras ações de alto custo, numa forma de

privatização. O segundo movimento ocorre com a reformulação do sistema educacional brasileiro, a partir da aprovação da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, denominada Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB). No que se refere a cursos de medicina, a década de 90, traz o seguinte cenário: 17 novos cursos de medicina, repetindo as duas últimas décadas em quantidade e concentração espacial, com o Sudeste e o Sul novamente totalizando 13 cursos (76,5%); o Norte agregou mais dois (11,8%); o Nordeste e Centro-Oeste receberam mais um (5,9%) cada; e destaca-se Santa Catarina, que ganhou quatro cursos (23,5%), em desempenho surpreendente para um estado que só tinha um curso em funcionamento. Quanto à vinculação administrativa, os cursos privados prevalecem em 13 (76,4%), a maior concentração verificada em todos os períodos. E o terceiro movimento foi em dois tempos, inicialmente com a criação do personagem denominado Agente Comunitário de Saúde (ACS - 1991) – que virou profissão reconhecida por lei em 2001 – e depois com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF-1994), hoje denominada Estratégia Saúde da Família (ESF), que é prioritária no Ministério da Saúde para reestruturação da atenção básica:

Seu principal propósito é o de reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros. A estratégia do PSF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. O atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio, pelos profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) que compõem as equipes de Saúde da Família. Assim, esses profissionais e a população acompanhada criam vínculos de co-responsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade. (ACSSJR, [200-])

A ESF teve grande desenvolvimento no Nordeste e progressivamente em todo país, hoje com cerca de 20.000 equipes, concentrando sua implantação prioritariamente em áreas de baixas condições socioeconômicas e com índices

inadequados de cuidados à saúde, como mortalidade infantil, cobertura vacinal e desnutrição. Recentemente, houve expansão para sua implantação em municípios com mais de 100.000 habitantes.

Cabe agora dedicar um pouco mais sobre a Estratégia Saúde da Família, pois sua implementação muda a configuração do mercado de trabalho médico, com reflexo na graduação e pós-graduação médica.

Ao analisarmos o processo de trabalho da ESF, podemos identificar aspectos de disciplina e controle, bem como de redefinição do uso do espaço.

“[...] haja vista que se propõe a trabalhar com o princípio da vigilância de saúde.”
(ACSSJR, [200-]).

O primeiro aspecto a ser ressaltado é o novo espaço de atuação no combate às doenças: deixa de ser realizado em hospitais e grandes ambulatorios e passa a ser desenvolvido por unidades de saúde no território e no domicílio das pessoas.

Por exemplo, na crise do hospital como meio de confinamento, a setorização, os hospitais-dia, o atendimento domiciliar pôde marcar início de novas liberdades, mas também passaram a integrar mecanismos de controle que rivalizam com os mais duros confinamentos. (DELEUZE, 1992, p. 220).

O espaço da saúde e da doença passa a ter um novo quadriculamento, com divisão dos municípios em sistema hierarquizado de controle e vigilância que vai das famílias acompanhadas pelo ACS, passando pelo espaço mínimo do território sob responsabilidade de uma equipe ESF (4.500 pessoas), até regiões ou distritos (250.000 pessoas).

Além disso, a soberania moderna opera, [...] por meio da criação e manutenção de fronteiras fixas entre territórios, populações e funções sociais, e assim por diante. A soberania é [...] uma supercodificação de fluxos e funções sociais [...] opera mediante o estriamento do campo social. (HARDT; NEGRI, 2002, p. 2).

O segundo aspecto é o objeto de atenção à saúde, que passa do indivíduo para a família e a população. Isto contempla o que Foucault colocou em sua conferência *A Governamentalidade*, colocando a família não mais como modelo, e sim como instrumento.

A família como modelo de governo vai desaparecer. Em compensação, o que se constitui nesse momento é a família como elemento no interior da população e como instrumento fundamental. [...] esta passa para um plano secundário em relação à população, aparece como elemento interno à população e, portanto não mais como modelo, mas como segmento. E segmento privilegiado, na medida em que, quando quiser obter alguma coisa da população – quanto aos comportamentos sexuais, à demografia, ao consumo, etc. – é pela família que se deverá passar. De modelo, a família vai tornar-se instrumento, e instrumento privilegiado, para o governo da população e não modelo quimérico para o bom governo. (FOUCAULT, 1992, p. 288-289).

Um terceiro aspecto, e não menos importante que os demais, é a composição multidisciplinar das equipes, agrupando num mesmo espaço de trabalho e com objetivos comuns diferentes profissões. E sem história ou tradição em sua formação e desempenho profissional para uma atuação coletiva, com o menor distanciamento hierárquico possível, e tendo a integralidade da atuação, sob todos seus sentidos, como princípio fundamental.

Como último aspecto, a participação e o controle social como outra novidade para esses profissionais – “[...] e a população acompanhada criam vínculos de coresponsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade.” (ACSSJR, [200-]) – que por sua vez passam a ser vigiados e controlados em suas ações e competências, não mais somente pelo gestor do sistema de saúde, mas também e principalmente pela população que atende - pelos usuários.

A ESF atua através das famílias para melhorar as condições de saúde e de vida das pessoas e comunidades. É panóptica na busca deste controle e vigilância, através dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS): são pessoas do próprio território,

obrigatoriamente moradoras no local, que recebem treinamento para (a) cadastrar cerca de 150 famílias, (b) realizar o mapeamento de cada área; (c) visitar cada domicílio pelo menos uma vez por mês, (d) fazer a ligação entre as famílias e o serviço de saúde e (e) estimular a comunidade para práticas que proporcionem melhores condições de saúde e de vida. A idéia inicial era de colocar na função de ACS moradores das comunidades, com escolaridade mínima, mas a crise no emprego faz com que em alguns locais, existam pessoas com curso de nível superior desempenhando esta atividade. Hoje com a regulamentação da profissão é exigido, no mínimo, conclusão do ensino médio.

O ACS, cuja criação¹¹ foi provavelmente inspirada no trabalho desenvolvido por leigos pertencentes à pastoral da igreja católica, assume um papel fundamental neste estado de governo traduzido pela vigilância à saúde como forma de controle sobre as enfermidades e qualidade de vida da população. Isto nos remete ao panoptismo onde a vigilância é percebida mesmo que não realizada continuamente, a Pessoa sabe que esta sendo observada, que o vigia esta sempre presente, embora muitas vezes não o veja. É impossível deixar de reproduzir texto de Foucault em *Vigiar e Punir*, pela similaridade das funções do ACS e dos religiosos leigos.

Que seja suficiente citar a título de exemplo os regulamentos para as companhias de caridade das paróquias parisienses. O território está dividido em bairros e cantões, que são repartidos pelos membros da companhia. Estes têm que visitá-los regularmente.

Eles trabalharão para impedir os maus locais, tabacarias, academias, jogos, escândalos públicos, blasfêmias, impiedades, e outras desordens que possam chegar a seu conhecimento. Terão também que fazer visitas individuais aos pobres, e os pontos de informação são precisados no regulamento: estabilidade de habitação, conhecimento das orações, freqüência aos sacramentos, conhecimento de um ofício, moralidade (e se não caíram na pobreza por sua culpa); enfim é preciso se informar direito de que maneira se

¹¹ Henrique Santillo, quando Governador de Goiás iniciou a utilização de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), e quando Ministro da Saúde criou o Programa de Agentes Comunitários em Saúde do Governo Federal (PACS) em 1991 e o Programa Saúde da Família em 1994.

comportam em casa, se mantêm paz entre si e com os vizinhos, se têm o cuidado de criar os filhos no temor de Deus [...] se não deitam os filhos crescidos de sexo diferente juntos com eles, se não há libertinagem e carícias nas famílias, principalmente com as filhas crescidas. Se há dúvida de que sejam casados, é preciso pedir-lhes uma certidão de casamento. (FOUCAULT, 1989, p. 186-187).

Ao mesmo tempo em que fazem a interface das pessoas, famílias e populações com o sistema de saúde para facilitar seu acesso, o ACS realiza ações de vigilância e controle, podendo ser considerado um vigia “pós-panóptico”. Em alguns locais detém o controle e o poder de decidir inclusive sobre quem vai ou não consultar o médico.

Mas nunca a disciplina foi tão importante, tão valorizada quanto a partir do momento em que se procurou gerir a população. E gerir a população não queria dizer simplesmente gerir a massa coletiva de fenômenos ou geri-los somente ao nível de seus resultados globais. Gerir a população significa geri-la em profundidade, minuciosamente, no detalhe. A idéia de um novo governo da população torna ainda mais agudo o problema do fundamento da soberania e ainda mais aguda a necessidade de desenvolver a disciplina. (FOUCAULT, 1982, p. 291).

A diferença entre o vigia panóptico de Jeremy Bentham e o ACS, é que este vigia - pós-moderno - é visível, reconhecido, permite a mobilidade dos vigiados, sendo identificado como recurso da população como uma das formas para acessar o Sistema de Saúde. Mas a exemplo de seu “antecessor”, relata aos níveis hierárquicos superiores – médicos e enfermeiros - problemas, alterações, mudanças, atitudes ou não cumprimento das normas necessárias para alcançar as metas estabelecidas e uma boa saúde. Este controle pós-panóptico segue através do gestor municipal que controla do computador em seu gabinete, os indicadores e metas estabelecidas, e que por sua vez é controlado pelo governo estadual, o qual é controlado pelo governo federal, sob controle pelo Império¹², que utiliza os dados e indicadores para definir,

¹² O Império é a substância política que, de fato, regula as permutas globais, o poder supremo que governa o mundo. Emergiu com a globalização irresistível e irreversível de trocas econômicas e culturais, surgindo uma ordem global, uma nova lógica e estrutura de comando – uma nova forma de supremacia. (HARDT; NEGRI, 2002).

classificar, o país e seu risco, em suas negociações sobre empréstimos e investimentos.

“Este Estado de governo que tem essencialmente como alvo a população e utiliza a instrumentalização do saber econômico, corresponderia a uma sociedade controlada pelos dispositivos de segurança.” (FOUCAULT, 1982, p. 293).

Um aperfeiçoamento do ESF em relação ao panóptismo, que reduz custos, é a manutenção das pessoas – os vigiados – em seu próprio território, com o agente comunitário de saúde sendo um igual aos vigiados, morando, convivendo com eles, obtendo as informações continuamente, sem solução de continuidade, sem barreiras. E as pessoas só podendo consultar, retirar medicações, ter acesso aos demais níveis do sistema de saúde através da unidade de saúde de seu território.

Os resultados destas mudanças em busca da governamentalidade no setor saúde são impressionantes. Em nove anos (1994 a 2003) já temos cerca de 19.000 equipes de ESF, cobrindo cerca de 70 milhões de pessoas, com previsão de significativo aumento deste número nos próximos quatro anos.

A meta do Ministério da Saúde até 2006 é ampliar para cerca de 32 mil o número de equipes de Saúde da Família, atendendo assim, 100 milhões de pessoas, ou cerca de 77 % da população brasileira (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

E o impacto de sua atuação é entusiasmante, com relatórios de avaliação e acompanhamento, apontando: acentuada redução da desnutrição e desidratação, redução da mortalidade infantil e peri-natal, melhora significativa dos índices de pré-natal, melhora da prevenção do câncer ginecológico, diminuição das internações, e aumento da cobertura vacinal, maior controle sobre doenças crônicas e degenerativas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

O Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, falando do *Projeto Fome Zero* em entrevista ao programa Fantástico, da Rede Globo de TV, de 14 de agosto de 2003, disse que depois de cadastrados os famintos passarão a receber bolsa alimentação e bolsa escola, mas que a manutenção destes benefícios estará condicionada em fazer pré-natal, manter as crianças vacinadas e freqüentando a escola, dentre outros critérios. O que não deixa de ser um exemplo da sanção normalizadora citada por Foucault. Os agentes deste controle serão os ACS, a ESF e a escola. Há uma inclusão diferencial que mantém ou até acentua as diferenças e aumenta a gerência sobre a vida dos incluídos.

O Império é caracterizado pela maior proximidade de populações extremamente desiguais, o que cria uma situação de permanente perigo social e requer um poderoso aparelho da sociedade de controle para assegurar a separação e garantir a nova administração do espaço social. (HARDT; NEGRI, 2002, p. 358).

Os profissionais da saúde histórica e culturalmente não cumpridores de suas cargas horárias, por sua vez passam a ser vigiados e controlados, em suas ações e permanência no trabalho, suas competências e desempenho, não mais apenas pelo administrador, mas pela população que atendem, que então passa a se constituir em vigias. São, portanto os usuários, vigiados e vigias ao mesmo tempo, e surge a participação e o controle social como outra novidade para estes profissionais. O administrador seja distrital, municipal ou estadual, suas ações, investimentos e resultados por sua vez são vigiados pelos conselhos municipais de saúde existentes nestes diversos níveis do sistema. É um sistema de controle e vigilância “de duas vias”: vigiados e vigias se controlam em busca de desempenharem seus papéis e alcançarem seus objetivos, e assim com esta co-responsabilidade a busca da

governamentabilidade e as intervenções se legitimam. E estas intervenções são realizadas a partir da eficácia e não a partir de princípios.

Ainda como parte deste sistema de vigilância à saúde da população, esta sendo implantado o Cartão SUS, que cadastrará todos os brasileiros, disponibilizando seus dados de saúde, em um sistema informatizado, que poderão ser acessados a partir deste cartão magnético em qualquer unidade de saúde do país, e servirá como organizador do acesso ao sistema de saúde, com base territorial.

Estas percepções e transformações têm gerado intenso debate com mudanças curriculares nas escolas médicas e na organização dos sistemas de saúde.

Em 1996 havia 82 cursos médicos autorizados a funcionar, hoje são 146, cuja distribuição de 116 deles pode ser visualizada no Quadro 2, abaixo.

ESTADO	Nº CURSOS	%	Nº VAGAS	%
São Paulo	24	20,7	2.243	20,9
Rio de Janeiro	16	13,8	2.000	18,7
Minas Gerais	12	10,3	1.280	11,9
Rio Grande do Sul	10	8,6	829	7,7
Paraná	07	6,0	626	5,8
Santa Catarina	06	5,2	291	2,7
Ceara	04	3,4	330	3,1
Distrito Federal	04	3,4	262	2,4
Amazonas	03	2,6	332	3,1
Bahia	03	2,6	400	3,7
Mato Grosso do Sul	03	2,6	160	1,5
Alagoas	02	1,7	130	1,2
Espírito Santo	02	1,7	200	1,9
Pará	02	1,7	250	1,7
Paraíba	02	1,7	180	1,7

Piauí	02	1,7	100	0,9
Maranhão	02	1,7	190	1,8
Mato Grosso	02	1,7	140	1,3
Tocantins	02	1,7	130	1,2
Acre	01	0,9	40	0,4
Goiás	01	0,9	80	0,7
Rio Grande do Norte	01	0,9	90	0,8
Rondônia	01	0,9	40	0,8
Roraima	01	0,9	20	0,2
Sergipe	01	0,9	80	0,7
Amapá	0	0	0	0
TOTAL	116	100	10.713	100

Quadro 2 - Número e Percentuais de Cursos de Medicina e de Vagas por Unidade da Federação - Brasil / Julho 2003

Fontes: BUENO; PIERUCCINI, 2005.

*OBS: Não estão incluídos os três cursos de medicina privados, criados em Minas Gerais em 2001, pela razão de estar *sub-judice* e não constarem do cadastro oficial do MEC.

Avaliação realizada pela Editora Abril em 1995 tinha como resultado 14 escolas classificadas como “fracas” e 15 escolas “não avaliadas”⁵. Havia Escolas Médicas em todo o país, exceto nos Estados de Rondônia e Acre, e a porcentagem de escolas sem qualidade, que não formam bons profissionais desde lá continua muito grande, como tem mostrado o Exame Nacional de Cursos e a Avaliação das Condições de Ensino feita pelo Inep/MEC.

O atual currículo dedica pouca importância à formação humanista do médico, e grande parte das escolas apresenta deficiências na sua constituição docente, não alcançando requisitos indispensáveis para um ensino adequado.

Existe uma pressão da Associação Médica Brasileira (AMB) e do Conselho Federal de Medicina (CFM), no sentido de rever critérios na criação de novos cursos, e estabelecer mecanismos de controle sobre o número de vagas ofertados em cada

curso, tendo em vista haver uma crise multifatorial no ensino médico, tanto estrutural como pedagógica. Muitas das escolas médicas existentes não formam bons profissionais, e com isso a residência médica passou a ser um complemento indispensável à formação. Mas somente cerca de 40% dos recém-formados tem acesso a esta forma de especialização. Outro aspecto interessante decorrente da ESF faz com que muitos recém-formados troquem a residência médica pela atrativa remuneração oferecida pelos municípios às suas equipes de ESF. Com isso tem havido sobre de vagas em diversos programas de especialização.

Se por um lado há muitos médicos no país (283.000 profissionais em 2003) numa relação de 1 médico para cada 570 habitantes, muito mais do que o necessário, eles estão concentrados nas grandes cidades (62.1%) em detrimento do interior (37,9%), e tem um perfil profissional que não atende às necessidades do sistema de saúde do país. Das 65 especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina como especialidades médicas, dez se sobressaem: Pediatria (13,4%); Ginecologia e Obstetrícia (11,8%); Medicina Interna (8,0%); Cirurgia Geral (5,5%); Anestesiologia (5,2%); Cardiologia (4,8%); Ortopedia e Traumatologia (3,7%); Oftalmologia (3,6%); Psiquiatria (3,3%) Medicina Geral e Comunitária (2,6%).

Sabe-se que para um país ser considerado como tendo um sistema de saúde baseado na Atenção Primária à Saúde (APS), necessita mais de 50% dos profissionais trabalhando com formação adequada a esta prática, enquanto o Brasil tem no máximo, considerando as especialidades médicas que potencialmente tem condições de atuar em APS, sem avaliar a qualificação para tal, cerca de 41%. Embora considerando a formação específica (em Medicina de Família e Comunidade) esta proporção cai para 2,6%.

Os progressos tecnológicos que modificam a qualidade de vida da população, como saneamento, vacinas, eletricidade, as diferentes especializações no cuidado, diversidade terapêutica e sistema de informação, desenvolvem um novo cenário de atuação do médico, mudando sua função, que passa a ser: *preocupar-se em promover e manter a saúde*.

Inicia-se o século XXI e a medicina entra no período, iniciado no século anterior, de racionalização dos recursos disponíveis, reestruturação do Estado e das demandas sociais num mundo globalizado, reforma dos sistemas de saúde, e busca da recuperação da clínica sobre a tecnologia.

Para isto é necessário haver reestruturação pedagógica e institucional das escolas médicas, e diante da inércia da maioria das Universidades o Sistema Único de Saúde (SUS) tomou a iniciativa na busca de reestruturação curricular para formar profissionais médicos com um perfil mais adequado às necessidades do país, demanda esta acentuada e explicitada a partir da implantação em 1994 da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Como já aconteceu outras vezes, a reforma de ensino atende às necessidades de governo, e todos estes acontecimentos se dão paralelamente ao processo de reforma do ensino médico, onde em busca da melhoria da qualidade do ensino, as instituições são convocadas a adotar as regras do Decreto nº 3.860, de 9 de julho de 2001, que passa a orientar a organização e avaliação de cursos e instituições de ensino superior, bem como adotar as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, contidas na Resolução nº 4, de 7 de novembro de 2001, do Conselho Nacional de Educação, homologada pelo MEC.

Os três anos que assinalam o final do governo de Fernando Henrique Cardoso, ficaram marcados como o período em que, proporcionalmente, mais houve proliferação

de escolas médicas no país. Vinte novos cursos de medicina receberam do MEC autorização de funcionamento, embora a maioria deles não tenha obtido parecer favorável do Conselho Nacional de Saúde. Como fato positivo, os cursos públicos de medicina começam a recuperar terreno, a partir do ano 2000, e hoje se pode dizer que há uma situação de equilíbrio em relação ao total de cursos públicos (53%) e privados (47%). Embora permaneça a concentração regional, no que diz respeito ao número de cursos e de vagas para medicina, com 70% no Sul e Sudeste.

As escolas médicas, a partir da Resolução que institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, devem realizar adaptação em seus currículos com vistas a modificar o perfil do profissional médico formado até então. Estas diretrizes curriculares, que definem competências e habilidades profissionais a serem exigidas dos graduandos e visam à formação do médico generalista, foram discutidas e aprovadas no XXXVIII Congresso Brasileiro de Educação Médica, realizado em Petrópolis, no ano 2000. Os principais aspectos da Resolução são estes:

Art. 3º O Curso de Graduação em Medicina tem como perfil do formando egresso/profissional o médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.

Art. 9º [...] deve ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. Este projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante por meio de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência.

Art. 4º A formação do médico tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:

I - Atenção à saúde: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da

ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;

II - Tomada de decisões: o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;

III - Comunicação: os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;

IV - Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;

V - Administração e gerenciamento: os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho quanto dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde; e

VI - Educação permanente: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação por meio de redes nacionais e internacionais. (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001, seção 1, p. 38).

Toda esta mudança nos espaços e no sistema de controle com a necessidade de atuar em outro contexto, trocar conhecimentos, aumentar a resolutividade, integrar disciplinas, e a dificuldade de delimitar campos da atuação e competências faz com que haja necessidade de (re) educação dos profissionais da área da saúde para desempenhar suas competências utilizando tecnologias e métodos adaptados. Em vista desta nova demanda e regulação do sistema de saúde, há uma nova missão para as Escolas Médicas: formar um médico capaz de resolver não só a maioria dos problemas mais freqüentes, mas também de indicar o subespecialista ou tratamentos adequados quando for necessário, trabalhar de forma multiprofissional, interdisciplinar, e com participação da população.

Uma das estratégias do Governo Federal de promover mudanças nos currículos foi o PROMED ([200-]):

A Secretaria de Políticas de Saúde - Ministério da Saúde, a Secretaria de Educação Superior – Ministério da Educação e a Organização Pan-Americana de Saúde/ Organização Mundial de Saúde convidam à apresentação de Propostas com vistas a Seleção de Instituições de Ensino Superior para participação no Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina [...]

Trata-se de proposta que visa apoiar escolas médicas para voluntariamente, adequar seus processos de ensino, produção de conhecimento e de serviços às necessidades do sistema de saúde do país, com o que estará se voltando às necessidades sociais e epidemiológicas da maioria da população brasileira. O PROMED (2005) tem como objetivo geral “Reorientar os produtos da escola médica – profissionais formados, conhecimentos gerados e serviços prestados –, com ênfase nas mudanças no modelo de atenção à saúde, em especial aquelas voltadas para o fortalecimento da atenção básica.”

E tem como situação desejada:

[...] a intervenção no processo formativo para que os programas de graduação possam deslocar o eixo da formação – centrado na assistência individual prestada em unidades hospitalares – para um outro processo em que a formação esteja sintonizada com o SUS, em especial com a atenção básica, e que leve em conta as dimensões sociais, econômicas e culturais da população, instrumentalizando os profissionais para enfrentar os problemas do binômio saúde-doença da população na esfera familiar e comunitária e não apenas na instância hospitalar. (PROMED, [200-]).

Como muitos cursos apresentam dificuldades em promover mudanças estruturais e pedagógicas profundas o suficiente para atender a esta nova realidade, e diante da necessidade de profissionais com outro perfil, o Ministério da Saúde, tem buscado alternativas mais imediatas, como a implantação de cursos de especialização

em Saúde da Família através de Pólos de Capacitação, para reciclar os profissionais médicos e enfermeiros sem formação para atuar em Atenção Primária à Saúde, para atuarem na ESF. A quase totalidade destes cursos repete o modelo dos cursos de pós-graduação tradicionais, e não modifica a atuação, servindo muito mais como certificação.

Concluindo, podemos constatar que o setor-saúde brasileiro esta realizando um esforço para adequar-se à lógica globalizada da vigilância à saúde, obtendo relativo sucesso através do uso da ESF. Mas no que se refere à educação e formação dos profissionais não está conseguindo se fazer acompanhar das mudanças com a rapidez necessária. Mudanças que são indispensáveis sob um poder que transpassa o país, o corporativismo das profissões, os feudos das disciplinas. Estas transformações ocorrem em todo mundo independente do regime político, sendo legitimadas por valores universais e consensos globais mediados por um poder econômico cujos princípios são construídos para justificar e legitimar os fins, a busca da eficácia, necessários às demandas pela globalização (HARDT; NEGRI, 2002). Existe uma necessidade de construir bases teóricas e conceituais, com foco na multidisciplinaridade e interdisciplinaridade como reflexo das mudanças introduzidas pelo mundo globalizado, sem fronteiras, dentro do conceito de Império trazido por Hardt e Negri (2002).

Nesta busca por reformulação do perfil médico, existem muitas tentativas e experiências sendo realizadas, com uma tensão e disputa envolvendo especialidades e áreas do conhecimento médico, sobre quais aspectos devem prevalecer.

4.5 A MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE E O MÉDICO DE FAMÍLIA

4.5.1 A medicina de família e comunidade

É a especialidade médica¹³ que presta assistência à saúde de forma continuada, integral e abrangente para indivíduos, suas famílias e comunidade; integra ciências biológicas, clínicas e comportamentais; abrange todas as idades, ambos os sexos, cada sistema orgânico e cada doença.

A medicina de família e comunidade tem se desenvolvido em todo mundo como a opção eficaz para promover a mudança na abordagem aos problemas de saúde das pessoas (individual), famílias, grupos e comunidades (coletivo), pois é campo do conhecimento médico comprometido e orientado por princípios de atuação que rompem com a prática biomédica tradicional, enfrentando efetivamente as dificuldades na prestação do cuidado à saúde dispensado hoje.

¹³ De 1981 a 2001, foi denominada de Medicina Geral Comunitária, sendo reconhecida pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM); em 2001 mudou de nome passando a ser Medicina de Família e Comunidade, (CNRM), e também reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina (Resoluções CFM 1232/86 e 1634/2002).

4.5.2 O médico de família e comunidade

É um profissional médico com vocação e formação específica para prestar cuidados em Atenção Primária à Saúde (APS), ou seja, é um especialista em manejar os problemas de saúde mais frequentes que acometem a população sob sua responsabilidade. Age como um defensor dos direitos, interesses e necessidades de seus pacientes e da população pela qual é responsável. O médico de família tem aspectos característicos em sua prática que facilitam o desenvolvimento e fortalecem o vínculo com as pessoas, e que o diferenciam dos demais especialistas, conforme Figura 8. O primeiro refere-se ao foco da prática que é na Pessoa de modo integral, e não na doença. Acrescido por atender as pessoas em vários cenários, incluindo o domicílio. O segundo está relacionado à continuidade dos cuidados ou atenção, que é sustentado ao longo do tempo caracterizando o que chamamos de longitudinalidade, levando à construção de um conhecimento particular sobre as pessoas, sem deixar de ver os aspectos de seu universo. O terceiro e o quarto estão juntos e se relacionam ao estilo diagnóstico e classificação diagnóstica dos problemas de saúde, caracterizados respectivamente pela geração de hipóteses diagnósticas e teste das mesmas, e classificando-as de modo pouco específico, o que faz com que a Pessoa necessite repetidos contatos. O quinto é com relação ao momento da história natural das doenças em que o médico de família entra em contato com as pessoas vendo os problemas em seu início e ainda pouco definidos.

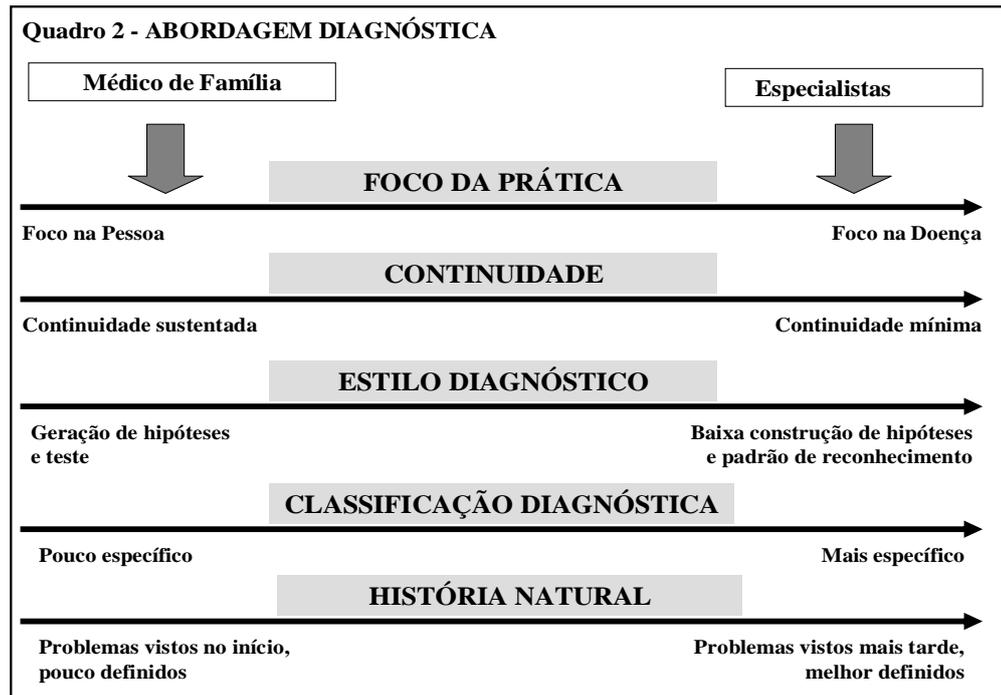


Figura 8 – Aspectos da prática do médico de família

Fonte: Adaptação de material distribuído pelo Dr. Yves Talbot em curso de preparação professores em medicina de família, AMRIGS, 1986.

Estas cinco características da prática do médico de família só terão validade se não estiverem dissociados de um princípio básico, fundamental e imprescindível - o médico de família deve ser qualificado: *na resolutividade* (-“o Doutor acerta comigo”), *na responsabilidade* (nunca diz –“seu caso não é para mim”), *no conhecimento da Pessoa ao longo do tempo* (médicos de família conhecem as pessoas antes de saber que doenças vão ter), e *no reconhecimento de seus próprios limites* (utilizando os recursos da equipe e do sistema de saúde na busca do melhor Cuidado).

4.6 O PROCESSO DE TRABALHO

“[...] mas o que distingue o pior arquiteto da melhor abelha é que ele figura na mente sua construção antes de transformá-la em realidade.” (MARX, v. 1, p. 202, 1968).

A utilização da força de trabalho é o próprio trabalho. O comprador da força de trabalho consome-a, fazendo o vendedor dela trabalhar. Este, ao trabalhar, torna-se realmente no que antes era apenas potencialmente: força de trabalho em ação, trabalhador. Para o trabalho reaparecer em mercadorias, tem de ser empregado em valores-de-uso, em coisas que sirvam para satisfazer necessidades de qualquer natureza. O que o capitalista determina ao trabalhador produzir é, portanto um valor-de-uso particular, um artigo especificado. A produção de valores-de-uso muda sua natureza geral por ser levada a cabo em benefício do capitalista ou estar sob seu controle. Por isso, temos inicialmente de considerar o processo de trabalho à parte de qualquer estrutura social determinada. (MARX, v. 1, p. 201-202, 1968).

O que diferencia o processo de trabalho humano – exemplo utilizado por Marx comparando o trabalho de uma abelha e de um arquiteto – é a capacidade do homem de construir mentalmente, o produto que realizará, antes de construir concretamente. Isto antecede o processo de trabalho. Isto não pode ser generalizado, pois cada homem a cada projeto construirá de modo diferente, de acordo com seus interesses e de como vai se relacionando com o mundo para realizá-lo.

Ao produzir algo, além dos componentes do processo de trabalho – trabalho em si, matéria prima e instrumentos – o trabalhador necessita de um saber tecnológico para transformar em um produto específico. Alguns outros aspectos também estão presentes no processo de trabalho: trabalho vivo, trabalho morto, tecnologia, produção, consumo e necessidade. Chamamos de *trabalho morto*, todos os produtos-meio envolvidos no processo de trabalho – como ferramenta ou matéria prima – que são resultados de um trabalho humano anterior. Por outro lado, *trabalho*

vivo é o trabalho criador, em ação que tanto pode fazer uso do que está dado, como pode exercer com alguma autonomia o uso do que está dado. O trabalhador poderá ter certo “autogoverno” no processo de trabalho, marcado pela ação do seu trabalho vivo, sobre o trabalho morto, e os objetivos que busca alcançar. A tecnologia neste processo entra não apenas como ferramenta, instrumento, mas também como “o saber fazer” e o “ir fazendo”, que entra como componente do trabalho morto, como elemento fundamental, sem o qual o trabalho vivo não ocorre. Com relação à produção, o resultado do processo de trabalho poderá ter um valor de uso próprio do produtor, ou de troca. Este destino (uso próprio ou mercado) do produto e finalidade será determinante do processo de trabalho - influenciando significativamente na escolha da matéria prima, nos instrumentos, na tecnologia empregada – e na quantidade de autogoverno do trabalhador.

Segundo Marx (1968, v. 1), o trabalho é um processo de que participam o homem e a natureza. Um processo no qual o ser humano através de sua ação impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza. Neste encontro, homem e natureza, ele age também como uma de suas forças, utilizando-se dos recursos de seu corpo com o objetivo de apropriar-se dos recursos da natureza, imprimindo-lhes forma útil à vida humana. Portanto, o trabalho é um processo no qual os seres humanos atuam sobre as forças da natureza, submetendo-as ao seu controle e transformando os recursos naturais em formas úteis à sua vida. Para proceder estas modificações da natureza, o trabalhador coloca em ação suas energias e habilidades – físicas, musculares, mentais. Neste processo de intercâmbio o trabalhador transforma a si mesmo, ao imprimir no material sobre o qual opera, um projeto idealizado anteriormente, atribuindo um significado ao seu próprio trabalho. O processo de trabalho é composto dos seguintes elementos:

- a) a atividade adequada a um fim, isto é o próprio **trabalho**;
- b) a matéria a que se aplica o trabalho, o **objeto do trabalho**;
- c) os meios de trabalho, o **instrumental de trabalho**.

Compreende-se por **objeto de trabalho**, a matéria em seu estado de natureza, as coisas fornecidas pela natureza que o trabalho apenas separa de sua conexão imediata com seu meio natural, e os objetos modificados ou resultantes de trabalho anterior, as matérias-primas.

Os meios de trabalho são **os instrumentos** utilizados pelo trabalhador, inseridos entre ele e o objeto de trabalho. É o instrumental disponível que distingue as condições sociais nas quais se realiza o trabalho em um determinado período histórico. O conhecimento científico faz parte dos meios de produção caracterizando o potencial de desenvolvimento alcançado pelo processo de trabalho em determinada época histórica.

4.6.1 O processo de trabalho na saúde

“Tenho pena e, às vezes, medo do cientista demasiado seguro da segurança, senhor da verdade e que não suspeita sequer da historicidade do próprio saber.” (FREIRE, 1996, p. 63).

Em diversos locais do mundo já a partir da década de 70 (séc. XIX), e no Brasil mais intensamente a partir de 1984, a prestação de cuidados à saúde sofre alterações significativas. Iniciam-se movimentos que alteram os modos de “fazer” e propõe novos modelos de “agir” em saúde. É neste contexto que surge como especialidade a

medicina de família e comunidade e o Serviço de Saúde Comunitária do GHC. Esta mudança decorre, da diversidade dos problemas que interferem no processo saúde-doença, na dificuldade dos serviços de saúde darem conta às diferentes demandas de cuidado das pessoas – individuais e coletivas - e das realidades dos diferentes locais do sistema de saúde.

A partir da dificuldade de acesso das pessoas à assistência, agravada pelo fato do processo de trabalho na saúde ser ainda fundamentado na ação médica tradicional – e esta ser centrada na enfermidade (*disease*) – há necessidade de reorientar uma atuação que seja mais próxima das pessoas e suas necessidades. Apesar da importância da consulta dentro do processo de trabalho em saúde, este não é limitado a ela, envolvendo toda equipe e recursos externos. Assim, em sua prática o profissional da saúde necessita de uma relação humanizada com as pessoas que buscam seus cuidados. A prestação de cuidado pressupõe relação entre pessoas – seres com pensamentos, desejos e expectativas -, lidando com sofrimento e dor, havendo intensa troca de emoções, e tendo o afeto como base. Não deve restringir-se a uma relação entre um técnico e uma enfermidade (*disease*), pois os serviços de saúde operam num processo, baseado em intensa relação interpessoal – relação profissional-Pessoa -, e por isso extremamente dependente em sua eficácia, do vínculo que se estabelece entre os envolvidos (MERHY, 1995).

Ao contrário de outros setores, onde se realiza sobre coisas ou objetos, o processo de trabalho em saúde incide sobre pessoas, de forma compartilhada entre quem usufrui e quem proporciona, e onde *a-Pessoa-que-busca-ajuda* é parte contribuinte do processo de trabalho, não se limitando apenas a narrar sua história, seus problemas, suas queixas; mas fornece valores de uso necessários ao processo de trabalho. Necessita, portanto, ser chamada a participar ativamente para haver

sucesso das intervenções realizadas através das normas e prescrições médicas. E, ao mesmo tempo em que fornece valores de uso, a Pessoa que usa o serviço de saúde torna-se um participante ativo do processo de trabalho e, em geral, dividindo com o profissional de saúde a responsabilidade pelo êxito ou o insucesso da ação terapêutica (BALLONE, 2001).

Trazendo para a área da saúde, a definição clássica de processo de trabalho e seus componentes, podemos sistematizar o processo de trabalho em saúde assim:

- a) matéria-prima ou objeto do trabalho ⇒ **Pessoa** que busca os serviços de saúde;
- b) instrumentos de trabalho ⇒ **tecnologia** (leve; dura; leve-dura)¹⁴;
- c) homem ⇒ trabalhador em saúde = **operador do cuidado**;
- d) produto ⇒ trabalho em saúde ⇒ atos de saúde = **produção do cuidado**.

Utilizando-se destes elementos como referência, podemos refletir sobre como se dá “o fazer em saúde”, como se organiza na prática diária, e qual sua divisão. A organização e a divisão do processo de trabalho é definida pelo objetivo final que se quer atingir. Então a produção dos serviços dentro da lógica da enfermidade (disease), tem por fim a cura, sendo orientada pela fragmentação, tecnificação e taylorização da prestação do cuidado.

Então, o que é necessário para transformar o atual modelo *centrado na enfermidade* (disease) em um novo modelo, *centrado na Pessoa*? Fundamental é uma ruptura com o senso comum estabelecido quanto ao objetivo e papéis dos atores (profissionais e pessoas que buscam os serviços de saúde), re-significando o processo

¹⁴ Tecnologia é aqui entendida como um conjunto de conhecimentos e agires aplicados à produção de algo. Esse conhecimento pode ser materializado em máquinas e instrumentos - tecnologias duras; saberes e práticas estruturados - tecnologias leve-duras -; e as tecnologias leves: trabalho vivo / produção de serviços/ abordagem assistenciais - modos de produção de acolhimento, vínculo e responsabilização (MERHY, 1999).

de trabalho. Passar da cura, para a produção do Cuidado como finalidade, dentro de uma perspectiva da Pessoa autônoma, integral. Utilizar na produção do cuidado, elementos como a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, o trabalho em equipe, a humanização dos serviços e a criação de vínculos entre as pessoas, os profissionais e equipe de saúde.

Para a consulta ser bem sucedida, o médico e a Pessoa devem trabalhar juntos e acordar, dividindo informações a respeito das possibilidades e conseqüências, sendo importante neste processo o “autogoverno” e “espaço interseçor”, pois quem vai a um serviço de saúde, busca consumir “ações de saúde”, atendimento, com o objetivo (valor de uso) de permitir manter ou restabelecer sua saúde, permitindo assim acesso a um “bem” cuja finalidade é mantê-lo vivo e com Autonomia. Portanto o processo de trabalho em saúde tem especificidades próprias, e os produtos são consumidos ao mesmo tempo em que são produzidos. Deste modo, temos um espaço interseçor entre a Pessoa e o profissional da saúde, tanto a nível individual como coletivo onde ambos apresentam necessidades e modos de agir, e sendo fundamental uma negociação para construir um projeto comum de Cuidado. Devemos aqui encarar *necessidade* não só como carência, mas em sua dimensão de “desejar ser”, e positivamente usar este espaço interseçor para busca da saúde como um meio mais autônomo da Pessoa viver. Interseção não é simplesmente a soma de conhecimentos, competências ou atos.

Como já falamos, o *autogoverno* (autonomia no uso do trabalho vivo) do profissional de saúde será determinado tanto pela quantidade de trabalho morto contido em sua tecnologia, quanto pelas necessidades dos consumidores das ações produzidas.

O processo de trabalho em APS desenvolve-se em duas perspectivas, sendo a primeira *horizontal* e que esta relacionada aos serviços disponibilizados pela unidade de saúde; e a segunda, *vertical* decorrente da organização interna como a unidade se organiza para prestar o Cuidado. Isto gera a necessidade de estreita cooperação – frente à objetivos comuns e definidos – entre quem desenvolve o trabalho e o conhecimento técnico.

Um profissional de saúde, no desempenho de uma ação mobiliza ao mesmo tempo, seus saberes e modos de agir. Esse modo de agir é definido primeiramente pela existência de um saber muito específico sobre o problema que vai enfrentar, sobre o qual coloca-se em jogo um saber territorializado no seu campo profissional de ação, mas ambos envolvidos por um território que marca a dimensão cuidadora sobre qualquer tipo de ação profissional (MERHY, 1999).

A forma como ocorre esta prestação de Cuidado na prática diária é variável e tem relação direta e dependente da relação profissional-Pessoa, sendo a capacidade de intervenção dos profissionais estabelecida pela relação entre a competência técnica específica e a cuidadora, independente da função que desempenha na equipe.

Na produção de um ato em saúde coexistem os vários núcleos, como o núcleo específico definido pela interseção entre o problema concreto que se tem diante de si e o recorte profissional do problema. Por exemplo, diante de um indivíduo que está desenvolvendo um quadro de tuberculose pulmonar o recorte passa necessariamente pelo modo como o núcleo profissional médico, ou da enfermagem, ou da assistente social, entre outras, manejam este problema concreto, portado pelo indivíduo, e que são núcleos nos quais operam centralmente as tecnologias duras e leveduras. Mas, seja qual for a intersecção produzida, haverá sempre um outro núcleo operando a produção dos atos de saúde, que é o cuidador, no qual atuam os processos relacionais

do campo das tecnologias leves, e que pertence a todos os trabalhadores em suas relações interseçoras com os usuários (MERHY, 1999).

Portanto é necessário que o núcleo cuidador não ocupe um papel secundário em relação ao núcleo profissional, para que não haja enfraquecimento do Cuidado, e também se preserve o núcleo cuidador da equipe, em modelo de saúde humanizado, centrado na Pessoa, com a produção de Cuidado compartilhada na equipe, e também entre profissionais e *a-Pessoa-que-busca-ajuda*, com desenvolvimento de vínculo e coresponsabilidade. Para isto é fundamental uma adequada composição entre as ações e cuidado, requerendo competências diversificadas dos profissionais em vários campos, tais como: cuidados, ético, relações interpessoais, conhecimento institucional, conhecimento teórico, dentre outros.

Como se aplicam estes conceitos na Atenção Primária à Saúde (APS)? Primeiramente necessitamos desmistificar e sepultar o pensamento ainda existente segundo o qual o processo de trabalho em APS é simples, de baixa exigência tecnológica e pouca qualificação profissional. Pelo contrário, assumir os cuidados à saúde de forma integral e resolutiva, utilizando o melhor conhecimento disponível, tanto a nível individual quanto coletivo, exige dos profissionais da APS atributos e recursos tecnológicos diversificados e complexos.

A tecnologia a ser utilizada em cada nível do sistema, não pode ter sua complexidade definida por equipamentos, pois usar o conhecimento científico de modo efetivo é tecnológico. Como exemplo podemos citar o fato de que as pessoas que buscam atendimento em APS têm geralmente três ou mais problemas para tratar em cada consulta, e estes não se limitam à dimensão individual de quem está consultando: tem que ser levados em conta também aspectos familiares, coletivos, sócio-econômicos, de trabalho, dentre outros, que participam como determinantes no

processo saúde-doença. Além disso, por representarem o primeiro contato ao sistema de saúde, os profissionais da APS se defrontam com problemas em fase inicial, evolutiva, indefinidos do ponto de vista diagnóstico, exigindo cuidado e atenção redobrada até que se configure o quadro clínico, a escolha da investigação a ser realizada, a necessidade ou não de consultoria, o uso ou não de medicação. Estes profissionais também necessitam um conhecimento para identificação, manejo inicial e encaminhamento adequado das situações de gravidade ou que acarretem risco de vida, bem como a definição do tempo de espera permitido.

Podemos dizer que o grande desafio da medicina contemporânea é integrar uma abordagem centrada na Pessoa, com a abordagem baseada em evidências, dentro de um desempenho em equipe multiprofissional.

4.6.2 A prática médica

The doctor of the future will give no medication, but will interest his patients in the care of the human frame, diet and in the cause and prevention of disease.

Thomas A. Edison

A prática médica modificou-se substancialmente, deixando de ser apenas limitada ao diagnóstico e prescrição do tratamento, para englobar um conjunto de atividades muito mais amplo. Inicialmente o médico atuava sozinho, indo às casas das pessoas, depois com a crescente urbanização, estabeleceu seu consultório, que geralmente era na própria residência, onde era ajudado pela esposa. Depois, passou a ter o consultório fora da residência, em local mais central das povoações, e passou a mesclar o atendimento domiciliar com o realizado no consultório.

Depois que o senhor Perloth partiu, passava um pouco das seis, horário das visitas domiciliares de Breuer do final da tarde. Ele reabasteceu sua grande valise de médico de couro preto, vestiu seu sobretudo forrado de peles e sua cartola e saiu à rua, onde seu cocheiro Fischmann o esperava numa carruagem puxada por dois cavalos. Durante o tempo em que Breuer examinava o senhor Perloth, Frau Becker tinha chamado um mensageiro parado na esquina próxima do consultório - um jovem de olhos e nariz avermelhados que usava uma grande insígnia de oficial, um chapéu ponrudo e um uniforme de exército cor cáquoom dragonas grandes demais para r ele - e lhe pagara dez - para ir correndo chamar Fischmann. Mais abastado do que a maioria dos médicos vienenses, Breuer alugava um fiacre para o ano inteiro, em vez de chamar um quando precisasse.

Como de hábito, entregou a Fischmann a lista dos pacientes por visitar. Breuer fazia visitas domiciliares duas vezes ao dia: de manhã cedo, após seu pequeno de café e Kaisersemmel* ondulado e com três entalhes e, novamente após suas consultas vespertinas no consultório, como naquele dia. À semelhança da maioria dos médicos internistas de Viena, Breuer só enviava um paciente ao hospital como último recurso. Além de mais bem cuidadas em casa, as pessoas ficavam mais protegidas das doenças contagiosas que, com frequência, assolavam os hospitais públicos.

Por conseguinte, o fiacre de dois cavalos de Breuer era freqüentemente usado: de fato, era um gabinete móvel bem guarnecido das mais recentes publicações médicas e obras de referência. Algumas semanas atrás, Breuer convidara um jovem amigo médico, Sigmund Freud, para acompanhá-lo durante um dia inteiro. Um erro, talvez! O jovem homem vinha tentando optar por uma especialidade médica, e aquele dia deve tê-lo afugentado da medicina de doenças internas. Pois, segundo os cálculos de Freud, Breuer despendera seis horas em seu fiacre!

Agora, após visitar sete pacientes, três deles gravemente enfermos, Breuer encerrara seu dia de trabalho. (YALOM, 2005, p. 46-47).

O grande desenvolvimento do conhecimento científico na prestação do cuidado em saúde fez com que na maior parte das vezes o processo de produção desse cuidado não possa mais ser alcançado em sua plenitude através de atuações profissionais individuais, sendo necessário um processo de trabalho em saúde que contemple as diversas profissões e a rede social. Integrar estes cuidados, dimensionar e adequar a composição da equipe de saúde administrando a multidisciplinaridade e a interdisciplinaridade tornou-se um desafio, pois as diferenças de cenários variam a cada lugar ou região, com implicações diretas na composição das equipes e de como o sistema local se organiza para prestar o cuidado. Toda esta gama de atividades e relações necessita de uma orquestração para integrar e evitar um novo modelo fragmentado de assistência, agora não mais entre as especialidades médicas, e sim

entre os profissionais da equipe. Para isto, o encontro do médico com a *Pessoa-que-busca-ajuda* continua sendo momento único e insubstituível na tarefa do enfrentamento de determinados problemas, devendo ser ele “o maestro desta orquestra” formada pelos diversos profissionais, e o “mosqueteiro” defensor da Pessoa sob seus cuidados frente ao sistema de saúde.

4.7 A TECNOLOGIA NA MEDICINA

O médico de tempos atrás contava com seus conhecimentos e equipamentos que cabiam em sua maleta. Era ele e o paciente. Hoje, existe a chamada tecnologia, uma parafernália sem fim; e existem intermediários na relação. Mas ao final das contas, para que tudo isto funcione e seja corretamente aproveitado, o principal continua o mesmo: uma relação de confiança, humanitária e com muito afeto entre duas pessoas. (LOWN, 1997, p. 87).

A tecnologia da indústria produz algo que vai ser consumido por alguém após a produção ou num futuro, enquanto na saúde, o consumo se dá junto com a produção. Isto torna o processo de trabalho em saúde *relacional*, onde quem produz pode ter o resultado e avaliação de quem consome “ao vivo”, perceber de imediato a aceitação de seu produto, podendo inclusive modificar o processo de acordo com as suas percepções e demonstração da *Pessoa-que-busca-ajuda*. Então na saúde existem dois tipos de tecnologia idênticos a dos demais processos produtivos: a das máquinas (“materiais”) e a do conhecimento técnico (“não materiais”). Mas além destas, identificamos uma terceira que decorre do aspecto relacional da produção do Cuidado: *a tecnologia das relações*. Isto significa que para prestar Cuidado à saúde, é necessário um conhecimento que seja aplicado para este fim. Uma decorrência deste

aspecto relacional que deve ser ressaltado no processo de trabalho em saúde, é que apesar do aumento da incorporação de novas tecnologias por equipamentos, houve pouca redução de postos de trabalho, pois não se pode abrir mão da Pessoa dos profissionais nesta interação.

Constata-se que o trabalho em saúde diferencia-se dos demais por apresentar características próprias, complexas e dinâmicas, sendo representado pelo encontro entre profissionais e *a-Pessoa-que-busca-ajuda* tendo como ingredientes dor, sofrimento, esperança, experiências de vida e o conhecimento técnico. Para realizar seu trabalho, os profissionais seguem uma organização com espaços definidos que influenciam na prestação do Cuidado, gerando produtos a partir do contato com *a-Pessoa-que-busca-ajuda*. Por exemplo, na recepção de uma unidade de saúde, são produzidas informações e organização das atividades (agendas); na área da enfermagem, procedimentos (vacinas, curativos, aplicação de medicação) e orientações; nos consultórios, consultas de médicos, enfermeiros, psicólogos, e outros. Estes espaços movimentam-se como uma “rede” na produção do Cuidado, que deve estar sincronizada e ter objetivos de atuação comuns.

A crescente ascensão da tecnologia médica faz com que ela possa ser vista como a “*extensão dos sentidos humanos e de suas funções motoras e sensoriais*” (HELMAN, 2003, p. 90), possibilitando assim que o profissional médico contemporâneo disponha de muitas maneiras eficientes de ver e ouvir o corpo humano e suas manifestações, fisiológicas ou patológicas. Podendo inclusive detectar as enfermidades (disease) antes mesmo que as pessoas sintam seus efeitos (illness).

Os equipamentos, de alguma forma, sempre estiveram presentes na prática dos cuidados à saúde em todas as épocas e sociedades, fossem prestados por médicos, práticos, curandeiros ou leigos. Mas é na medicina moderna ocidental que as

tecnologias médicas ocupam papel prático e simbólico de importância cada vez maior, seja no diagnóstico ou manejo dos problemas de saúde, assumindo também uma representação cultural, dos valores da sociedade que as produziu, dos profissionais que as utilizam e das pessoas que as solicitam. Em geral traduzem o desejo de controle do corpo, seus processos naturais e as enfermidades, o que se por um lado trouxe enorme benefício, por outro contribuí para estreitar a visão médica caracterizada pelo reforço à dualidade corpo e mente.

A progressão do desenvolvimento tecnológico é de rapidez surpreendente, podendo ser tomado com parâmetros: a descoberta do estetoscópio por Laënnec em 1816; do raios X por Roentgen, em 1895; do eletrocardiograma por Herrick, em 1918; à toda a gama de aparelhos existentes hoje. Aparelhos estes, que permitem ver o interior do ser humano, atravessando a fronteira da pele sem cortá-la, virando o corpo pelo avesso. Soma-se a estas tecnologias, máquinas destinadas à manutenção e prolongamento da vida de forma temporária ou permanente, acoplando a Pessoa à máquina, criando verdadeiros *ciborgues*, numa metáfora do corpo como máquina.

EUA

Mulher com morte cerebral dá à luz

◆ Arlington

Uma americana que havia sofrido morte cerebral e era mantida viva havia três meses apenas porque estava grávida deu à luz na terça-feira. Susan Torres, 26 anos, havia sofrido um derrame em maio. Depois que sua filha, Susan Ann Catherine Torres, nasceu de uma cesariana, os médicos desligaram os aparelhos que mantinham viva a mãe. Ela morreu ontem.

— Agradecemos a todos aqueles que rezaram e deram seu apoio a Susan, ao bebê e à família — disse o marido de Susan, Jason Torres.

Não houve problemas no parto. Apesar de saudável, o bebê nasceu pesando apenas 812 gramas. Susan havia entrado no sétimo mês de gravidez — os médicos consideravam seis meses como o tempo mínimo de gravidez para permitir que o bebê sobrevivesse.

Uma página na Internet criada para ajudar a família com as contas médicas havia recolhido até duas semanas atrás mais de US\$ 400 mil em doações de todo o mundo. A família de Susan terá de pagar dezenas de milhares de dólares pelo período em que Susan esteve internada.

Desde 1979, houve pelo menos 10 casos similares ao de Susan publicados em revistas médicas americanas.

AP/ZH



Susan: a vida, depois a morte

Figura 9 – Tecnologia na Saúde
Fonte: LOPES, 2005, p. 4.

Este desenvolvimento repercute e ressignifica também aspectos sociais, como por exemplo, a ecografia obstétrica que faz o feto “nascer” socialmente antes de nascer biologicamente; e na busca por órgãos para transplantar, temos com a parada de funcionamento do cérebro a morte biológica antes da morte social da Pessoa. Exemplificando, e mostrando que a realidade consegue por vezes superar a ficção, recentemente, tivemos a situação de uma mulher norte-americana que foi mantida viva

durante três meses até que seu filho estivesse em condições nascer como mostra a Figura 9 de reportagem do Jornal Zero Hora, em Agosto de 2005.

A tecnologia moderna, além destes aspectos antropológicos citados, também representa custos sociais e econômicos elevadíssimos para quem utiliza, não estando disponíveis de modo equânime. Também como modo de produção específico do capitalismo industrial avançado, esta mesma tecnologia que era tanto um produto como um meio de desenvolvimento capitalista, personificada pelo empresário, mas também pelo engenheiro, que em seu trabalho se guiava tanto pelos imperativos que impulsionam o sistema econômico (NOBLE, 1997) como pela lógica das leis da ciência, passa a assumir um papel fundamental no processo de produção de serviços de saúde. Transpondo do engenheiro para o médico de hoje, identificamos que a tecnologia é utilizada não só para curar, mas para reduzir custos do cuidado; com o médico fazendo parte de um sistema onde seu conhecimento é aplicado não mais apenas para cuidar, mas também como meio de sobrevivência e geração de lucro. O processo de trabalho médico quanto mais especializado, mais fragmentado e taylorista é. Como forma de maximizar a produtividade e extração eficiente do produto daqueles que trabalham para o capital, vemos hoje empresários não-médicos investindo na montagem de estruturas altamente especializadas e com tecnologia de ponta que locam ou vendem para profissionais da saúde. Outro problema é a dependência dos profissionais médicos de outras profissões responsáveis pela manutenção das máquinas.

Com a tecnologia surge uma nova categoria de “pacientes”: os resultados dos exames, as “imagens” captadas, que às vezes recebem mais atenção médica que as pessoas de onde foram gerados. *Tratam-se os exames!*

Os aspectos referidos acima também trouxeram muitas reflexões nos aspectos éticos, legais e morais da prática médica, promovendo significativas mudanças nos códigos de ética e na legislação, muitas ainda polêmicas de acordo com as questões culturais, sociais e religiosas.

Todo este aparato tecnológico, de modo paradoxal pode tornar a abordagem da Pessoa doente mais difícil e não assegura um melhor cuidado, tendo como uma das conseqüências o aumento das demandas judiciais por “erro médico”. Isto decorre do afastamento das técnicas “antigas” que aproximavam o médico das pessoas na busca de informações para o processo diagnóstico, o que em muitas situações continua sendo fundamental para um desfecho adequado, principalmente na atenção primária à saúde, que lida com situações muito indiferenciadas.

Por isso que Lown (1997), diz que o “aparelho” mais importante para a prática médica continua sendo o auditivo, o **escutar** como recurso tecnológico!

“À medida que a arte de ouvir se atrofia e a medicina passa a depender mais ainda da tecnologia - que não pode de modo algum denunciar a disfuncionalidade da mente humana [...]” (LOWN, 1997, p. 76).

A partir das reflexões acima, considero interessante a maneira como a questão da tecnologia no processo de trabalho na área da saúde, é apresentada por Merhy (2000, p. 109) em “Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas.” Merhy (2000) separa as tecnologias de acordo com os locais – *à mão, na cabeça e no espaço de relações* - em que se disponibilizam ao médico simbolizados por valises, que representam caixas de ferramentas tecnológicas, enquanto saberes e seus desdobramentos materiais e não-materiais. Descreve três tipos de *valises* cada uma contendo tecnologias próprias:

Acredito que o médico, para atuar, utiliza três tipos de valises: uma, vinculada a sua mão e na qual cabe, por exemplo, o estetoscópio, bem como o ecógrafo, o endoscópio, entre vários outros equipamentos que expressam uma caixa de ferramentas tecnológicas formada por **tecnologias duras**; outra está na sua cabeça, na qual cabem saberes bem estruturados como a clínica e a epidemiologia, que expressam uma caixa formada por **tecnologias leve-duras**; e, finalmente, uma outra, presente no espaço relacional trabalhador-usuário, que contém **tecnologias leves** implicadas com a produção das relações entre dois sujeitos, que só tem materialidade em ato. (MERHY, 2000, p. 109, grifo nosso).

Estas valises expressam processos produtivos que estão diretamente implicados com os produtos a serem gerados. A valise das tecnologias duras vai consumir o trabalho morto da máquina, mas para que esta funcione é necessário que predomine o trabalho vivo do operador com seus saberes. Ao utilizar a valise das tecnologias leve-duras em suas intervenções para identificar as necessidades das pessoas, o médico lança mão de saberes bem definidos, que são expressos como trabalho morto. Mas ao intervir concretamente, efetivamente sobre o objeto através de trabalho vivo, ocorre um abrandamento da dureza, pela presença do usuário real, que interage no processo. Portanto, pode haver predomínio do lado mais “duro” ou do mais “leve”, em virtude de não existir uma forma única de realizar a prestação do Cuidado, o que está diretamente relacionado com o modelo de abordagem usado como referência.

A valise que permite reconhecer qual o melhor modelo de abordagem para determinada Pessoa ou situação, é a valise das tecnologias leves, que representa o espaço onde acontece a relação médico-Pessoa, onde ocorre o encontro que singulariza a produção do Cuidado pelo médico. Este espaço interseção entre o médico e a Pessoa praticamente prescindem da tecnologia mais dura, independe dela. É um espaço de tensão, de disputa entre o médico e a Pessoa para definir as necessidades e objetivos, trazendo “finalidades” ao trabalho do médico.

As diferentes formas de realizar os modelos de atenção à saúde, sob a ótica do trabalho médico, definindo reestruturações produtivas no setor, mostram que os arranjos entre essas valises são estratégicos e mesmo definidores do sentido dos modelos, a partir das configurações que adquirem internamente, e entre si, as valises da cabeça e do espaço relacional. O trabalho médico, para se realizar como uma forma do cuidado em saúde, tem de construir competência de ação em duas dimensões básicas das intervenções em saúde - uma a da dimensão propriamente cuidadora, pertinente a todos os tipos de trabalhos de saúde, e a outra, a dimensão profissional centrada, própria de seu recorte tecnológico específico -, para compor seu lugar na organização e estruturação dos modelos de atenção. A construção destas competências é conseguida nos possíveis arranjos que as três valises permitem, produzindo uma intervenção médica tanto focada nos procedimentos, quanto em certas formas cuidadoras. (MERHY, 2000, p. 111-112).

As dimensões cuidadora e “profissional específica” estão presentes em qualquer produção de atos na saúde, e são definidas a partir do modelo de atenção, podendo significar empobrecimento ou enriquecimento do processo de construção do projeto terapêutico, de acordo com a intensidade com que cada uma destas dimensões esta presente.

Quando há predomínio da medicina tecnológica, podendo haver comprometimento da dimensão cuidadora, o projeto de manejo dos problemas de saúde passa a ser fragmentado, dividindo a Pessoa de acordo com a quantidade de intervenções que necessita. Com este endurecimento das valises, a relação entre médico e a Pessoa fica reduzida e o vínculo se dá a partir de procedimentos (exames, consultas), transformando-se numa dimensão da prestação de Cuidado médico-centrada.

Aqui podemos fazer uma reflexão do porque este modelo “endurecido” e voltado para a tecnologia tem sido hegemônico, com tanto conhecimento e saber apontando suas falhas na produção de um cuidado mais centrado na Pessoa. Certamente tem relação com a lógica de produção capitalista, já referida anteriormente na citação a MARX no início do capítulo, que associando a medicina tecnológica e o capital industrial, cria um terreno para investimento e acumulação, na prestação de serviços à

saúde, na indústria de equipamentos e produção de medicamentos. Isto não é novo, vem desde o modelo hospitalocêntrico de Flexner. Mas cria-se aqui um paradoxo na prestação do cuidado centrado no médico e na tecnologia, pois os projetos terapêuticos neste modelo tornam-se dispendiosos em relação aos resultados alcançados, decorrentes da perda da eficácia no global (embora ganhos focais), e com dificuldades para controlar os custos decorrentes da incorporação das novas tecnologias. Como consequência temos um discurso de perfil médico mais generalista (que não se concretiza), uma busca constante pelos baixos custos para produção dos atos de saúde (sem preocupação com efetividade e eficácia), e um movimento consumista das pessoas que buscam cuidado.

Desenvolve-se uma disputa entre interesses capitalistas no setor saúde, na busca do lucro, que abre espaço para ser ocupado pela valise das tecnologias leves nos processos de trabalho médico, buscando ampliar a dimensão cuidadora das ações profissionais. Esta representada por projetos implantação de cursos de medicina e outras profissões da saúde, “home care”, “total care”, adscrição da clientela, cuidados paliativos, hospital dia, linhas de cuidado, protocolos clínicos, dentre outros.

Este contexto serve de cenário para a criação de novos saberes e práticas do Cuidado à saúde, com repercussão direta na prática médica através da disputa por mercado com outras profissões, da redução de postos de trabalho médico (especialmente para especialistas), da precarização da remuneração e qualificação questionável de muitas das instituições formadoras.

4.8 CONSULTAGEM E O PROCESSO DE CUIDAR

“O distanciamento começou quando René Laënnec fez um rolo de cartolina que mais tarde evoluiu e se transformou no estetoscópio.” (LOWN, 1997, p. 46).

Na história da humanidade as duplas, o trabalho a dois tem sido uma constante, “do bem” ou “do mal”, certas ou erradas, cômicas ou trágicas. Podemos começar com Adão e Eva – sem esquecer a ajuda da serpente – passando por outras como Sansão e Dalila, Rômulo e Remo, Dom Quixote e Sancho Pança, Bonnie and Clayde, o Gordo e o Magro, Batman e Robin, Jerry Lewis e Dean Martin, Roberto e Erasmo Carlos, Felipão e Murtosa, Zagalo e Parreira, entre tantas outras. Assim consegue-se somar conhecimentos, ter cumplicidade ao produzir, ter apoio, confiança e há estímulo à criatividade. No trabalho a dois necessita-se respeitar a Pessoa do outro, saber negociar, tolerar a Autonomia de cada um, e conseqüentemente há troca de sentimentos e emoções.

- ★ Os determinantes de saúde e doença não são apenas biológicos, nem só uma resposta das pessoas aos agravos ou doenças.
- ★ Pacientes vivem em famílias e comunidades de vários tipos. Frequentemente trabalham em ocupações insalubres ou mesmo perigosas; e tem como lazer atividades que podem promover ou não a saúde.
- ★ Pacientes vivem dentro de um grande contexto ambiental, político e cultural que depois os afetam e a suas famílias e comunidades. Todos estes aspectos “pouco biológicos” da vida do paciente influenciam seu estado de saúde ou condição de doença.

Figura 10 - Saúde como fenômeno integrativo
Fonte: adaptado de COULTER, 2002.

Para superar os desafios do Cuidado à saúde neste cenário de tensão, provocado pela busca da redução de custos, otimização do uso de recursos tecnológicos, e atuação multiprofissional é necessário formar no mínimo uma dupla, composta pela Pessoa e o médico. É claro, sem esquecer o resto do contexto, tendo em vista que o cuidado da saúde é um fenômeno integrativo, assim como saúde também é (Figura 10).

Mas apesar de todo o progresso e desenvolvimento, o evento central da vida do profissional médico, continua sendo *o encontro entre pessoas* representado pela *consulta médica*. Vamos então ver o que significa:

Consulta s.f (Do lat. consultus.) 1. Ação de consultar. – 2. Pedido de parecer, de opinião, dirigido a um especialista em determinado assunto. – 3. Exame do doente feito no consultório do médico. – 4. Troca d informações científicas entre médicos quando um deles tem em mãos um caso complicado e deseja a opinião de outro especialista; junta médica. – 5. Assembléia, conselho, antiga corte de justiça na Itália e em alguns cantões suíços. • **Inform**. Transação para obtenção de informações armazenadas em um banco de dados. (LARROUSE, ano, p. 1.587, grifo do autor).

E geralmente usamos o termo “*dar consultas*”. Na disciplina *EDP 050 - Teoria e Prática da Educação Superior*, da Professora Maria Beatriz Luce, realizamos a leitura do livro *Processos de Ensino na Universidade* (ANASTASIOU, 2003), no qual as autoras propõem uma revisão do *assistir* ou *dar aulas* - que representam passividade - propondo sua substituição por *fazer aulas* - que representa uma ação conjunta. E continuando sua reflexão introduzem o termo *ensinagem*¹⁵,

[...] para indicar uma prática social complexa efetivada entre os sujeitos, professor e aluno, englobando tanto a ação de ensinar quanto a de apreender, em um processo contratual, de parceria deliberada e consciente para o enfrentamento na construção do conhecimento escolar, decorrente de ações efetivadas na sala de aula e fora dela. (ANASTASIOU, 2003, p.15).

¹⁵ A expressão ensinagem foi inicialmente explicitada no texto Anstasiou (1998).

Então, na busca de quebrar paradigmas e romper com o tradicional, ao trabalhar a proposta das autoras sobre ensinagem, tive um “insight” baseado nas semelhanças, estabelecendo uma relação entre professor e médico, aluno e *Pessoa-que-busca-ajuda*, Ensino e Cuidado, aula e consulta, desenvolvendo e propondo a partir desta visão sistêmica o (novo) o termo **consultagem** para denominar o encontro entre médico e Pessoa, o *fazer consulta*, como parte do processo de cuidar em saúde. Significando consultagem “*uma prática social entre médico e Pessoa, com troca de conhecimentos, com um contrato, baseada na parceria, na busca de construir o Cuidado, através de ações dentro e fora do consultório, de ambas as partes*”. Prática esta, onde o médico e a Pessoa busquem *apreender* sobre os problemas de saúde, refletir sobre suas repercussões, suas relações e determinação no processo de cuidado. Portanto, ao menos nesta parte do trabalho, vou usar sem maiores pretensões o termo *consultagem*.

Na relação entre pessoas, o sentimento de afeição entre elas pode ser “à primeira vista”, apaixonante, ou seguir um caminho de construção através do conhecimento mútuo, progressivo, longitudinal, onde se estabelece uma relação baseada na confiança e no afeto. A *consultagem* também é o encontro entre pessoas com expectativas, objetivos e tarefas definidas de parte a parte, onde se estabelece uma relação. O preparo para este encontro inicia bem antes.

Para o médico começa no (1) curso de *graduação*, se não estiver preocupado apenas com doenças e diagnósticos; segue com a (2) escolha da *especialidade*; (3) com o preparo na *especialização*; (4) tem relação com o seu *momento da vida* atual; e culmina em (5) como os *momentos preliminares* a consultagem. Para a *Pessoa-que-busca-ajuda* começa (1) com sua história pessoal e familiar de contatos com o adoecer (2) com o estabelecimento do *estilo de vida, heranças e outros aspectos*

biopsicosociais que interferem com a saúde; (3) com a *decisão de buscar ajuda* – muitas vezes não é ela quem decide, às vezes é precoce, outras é tardia; (4) segue com a *escolha do médico*, e (5) e tem seus momentos finais na *sala de espera*.

Para ambos toda esta preparação tem seu clímax na *consultagem*, pois quando estas duas pessoas se encontram temos dois especialistas: o médico especialista em diagnósticos, exames e medicamentos; e a Pessoa especialista nela própria.

Mas não se encerra aqui, pois ainda temos: (4) os *exames* a fazer, (5) o atendimento em *equipe*, (6) o contato com a *família*, (7) as *consultorias*; e (8) a tomada de *decisões*.

Muitas vezes a empatia é imediata e recíproca no primeiro encontro. Em outras, em virtude das expectativas, ansiedades, defesas, experiências anteriores, e medos de ambas as partes, o primeiro encontro pode não ser muito bom. Em ambos os casos, a continuidade pode mudar isto, e muitas vezes inverter esta primeira impressão. A Pessoa não recebe uma preparação formal sobre como “fazer” a consultagem, ela vai construindo isto através de seus contatos com médicos e sistema de saúde. As mulheres desenvolvem mais estes aspectos pelos repetidos contatos com os serviços de saúde (problemas menstruais, levar os filhos, levar o marido, acompanhar os pais ou sogros, pré-natal, parto, etc.) enquanto os homens têm menos contato. Este “despreparo” para participar da consultagem, e exercer o papel de especialista em si mesmo, repercute no desfecho do Cuidado. Algumas orientações tem sido utilizadas para que as pessoas melhorem o relacionamento com os médicos (Figura 11).

Problemas de relacionamento

Onde os médicos erram

- Ao pressupor que o paciente não vai entender o que está sendo explicado
- Ao mentir ou omitir informações para poupar o paciente sem que ele tenha manifestado a vontade de não saber a verdade
- Ao confundir persuasão com coerção. Ameaçar o paciente de morte não é a melhor forma de convencê-lo de que um tratamento é melhor do que outro
- Ao ser seco demais ou pouco cordial na hora de dar informações ou discutir as opções de tratamento
- Ao se sentir ofendido se o paciente manifesta o desejo de ouvir outras opiniões
- Ao impor ao paciente apenas uma possibilidade de tratamento, quando existem outras opções

O que fazer

- Tenha paciência e explique quantas vezes for necessário. O paciente não é obrigado a saber tudo sobre sua doença, mas precisa entender o básico para tomar suas decisões
- Fale sempre francamente, usando de bom senso para perceber o que o paciente está preparado para escutar
- Seja cordial, fale com o paciente pessoalmente e escute o que ele tem a dizer
- Use uma linguagem adequada, que possa ser entendida facilmente, sem ser formal ou coloquial demais
- Deixe sempre em aberto a possibilidade de o paciente buscar a opinião de outros profissionais
- Saiba respeitar as decisões do paciente, mesmo que contrariem o que você acha melhor para ele
- Caso se sinta constrangido com a situação acima, comunique ao paciente e discuta a possibilidade de encaminhá-lo a outro profissional

Onde os pacientes erram

- Ao achar que o médico tem o poder de curar tudo
- Ao exigir que o médico dê garantias de que tudo vai dar certo
- Ao insistir no tratamento mesmo quando a relação e a confiança no médico estão abaladas
- Ao chegar à consulta com preconceitos e já desconfiando do médico
- Ao ser agressivo e culpar o médico pelo diagnóstico ou pelas coisas ruins que estão acontecendo
- Ao ocultar do médico o desejo de procurar outros profissionais para se sentir mais seguro na tomada de decisões
- Ao mentir sobre medicações que toma ou sobre os exames que já realizou
- Ao tirar conclusões precipitadas sobre o resultado de exames, sem discutir o assunto com o médico

O que fazer

- Busque profissionais bem referenciados, nos quais possa confiar
- Informe-se sobre a experiência do médico antes de tomar qualquer decisão
- Caso não se sinta à vontade com o médico, ou não haja uma empatia recíproca, procure outro profissional
- Após a primeira consulta, faça uma lista das dúvidas que surgiram durante a conversa com o médico, anote em um papel e pergunte tudo o que ficou pendente na próxima ocasião que encontrá-lo
- Exija o direito de ver o resultado de seus exames, mas não tire conclusões precipitadas sobre o resultado. Se não entendeu, pergunte
- Se não está seguro quanto ao diagnóstico, peça ao médico a realização de novos exames
- Tenha em mente que a medicina é uma garantia de meios e não de fins. Sempre haverá a possibilidade do inesperado
- Converse com o médico sobre todas as possibilidades de tratamento. Mas a decisão final é sempre sua

Fontes: cardiologista Aloyzio Cechella Achutti, oncologista clínico Enio Utz, biólogo José Roberto Goldim, médico internista Luiz Ronaldo Huber, oftalmologista e presidente do Cremers Marco Antônio Becker

Figura 11 - Orientações para diminuir dificuldades de relacionamento

Fonte: CAMARGO, 2004, p. 4-5.

O elemento chave para alcançar êxito neste encontro é preservar e melhorar a relação entre o médico e a Pessoa; fundamental para o sucesso do diagnóstico e tratamento, pois o processo de interação entre ambos é possivelmente o aspecto mais terapêutico do encontro para cuidar da saúde.

A *consultagem* independente do cenário em que ocorre – consultório, hospital, domicílio - é a parte fundamental do relacionamento entre o médico e a Pessoa.

Hipócrates¹⁶, que exerceu a medicina inteiramente voltada para o doente, interessada pelo sofrimento do homem examinava os doentes de forma cuidadosa e conversava com eles sobre suas queixas denotando o quanto valorizava a relação

¹⁶ Hipócrates, considerado o Pai da Medicina, nasceu na ilha de Cos, 460 anos a.C., e pertence ao ramo de Cos da família Esculápio (ou Asclepiades) por descendência masculina. O termo esculápio é igualmente empregado para designar os médicos em geral, na medida em que praticam a arte de Esculápio (ou Asclepios), o Deus da medicina na época clássica.

médico-Pessoa. Foi ele o primeiro a nortear os preceitos da ética e desta relação, com citações objetivas:

O médico deverá saber calar-se no momento oportuno [...] deverá manter uma fisionomia serena e calma e nunca estar de mau humor [...] Deverá dar toda a atenção ao paciente, responder calmamente às objeções, não perder a tolerância e manter a serenidade diante das dificuldades. (REZENDE apud BRANCO, 2001, p. 30).

A imagem que vem a cabeça ao lermos esta descrição é de um “médico Mona Lisa”. Hoje, devemos levar em conta os escritos de Hipócrates, mas o profissional pode e deve ser mais interativo, e como disse um colega - “pode até chorar com as pessoas; só não deve chorar mais que elas”.

Tradicionalmente, a sociedade autoriza o médico a tomar decisões e ter o poder e a autoridade a respeito das necessidades da Pessoa. Esta por sua vez, é encorajada a dar esta responsabilidade ao médico e permanecer no papel de “doente” ou “dependente”, pelo menos temporariamente. Há que se dosar este poder chegando a um equilíbrio que possa auxiliar, ser terapêutico.

Para a *consultagem* ser bem sucedida, o médico e a Pessoa devem trabalhar juntos e acordar, dividindo informações a respeito das possibilidades e conseqüências. Embora existam muitas facetas da prática médica a nossa abordagem refere-se sobre a importância do afeto na conduta do médico, pois muitas vezes o problema não está na Pessoa e sim entre as pessoas. Daí surge a seguinte questão: *O quê faz a diferença para que a Pessoa sinta-se melhor e aderida ao tratamento?* Partilhamos a idéia de que é a afetividade na relação, construindo um vínculo que ao mesmo tempo seja técnico, porém onde haja a cumplicidade do afeto, o que implica em desenvolver habilidades apropriadas, ter embasamento teórico e basear-se nas necessidades e experiências individuais.

Se “de um lado” existe a Pessoa buscando ajuda, com todo seu contexto e necessidades, “do outro lado” existe o médico, sendo inevitável pensarmos em: Como vai sua disponibilidade e disposição? Quais são suas concepções? Seu desejo de empatia? De que tempo dispõe? Que pressão sofre da demanda que o espera para o atendimento? Como vai a sua vida pessoal? Como vai a sua formação contínua, seu estudo e o seu trabalho? Qual a recordação de experiência passada idêntica à que tem na sua frente? Ou seja, é fundamental cruzar os aspectos subjetivos do médico e da Pessoa para que ambos comecem a sentir a atuação mais humanizada, com o reconhecimento das emoções e uma prática auto-reflexiva (MCWHINNEY, 1997).

O médico também precisa levar em conta que por cuidar de membros de uma família torna-se parte do complexo de relacionamentos familiares, e também muitos de nós compartilhamos com as pessoas que cuidamos a mesma comunidade.

Sofremos constante influência pelas emoções vivenciadas que nos fazem sentir, refletir e mudar ou não de opinião. As pessoas só vão encontrar respostas aos seus apelos se nos permitirmos nos aproximar... E então é através do afeto e de uma abordagem centrada na Pessoa que poderemos dar respostas.

4.9 O MÉTODO CLÍNICO DE ABORDAGEM CENTRADO NO PACIENTE

O termo “medicina centrada no paciente” foi introduzido por Balint e colegas em 1970 para contrastar com “medicina centrada na doença”. Desde então vários autores contribuíram no aperfeiçoamento deste conceito e descreveram diferentes métodos de abordagem.

O ensino clínico em escolas médicas enfatiza uma abordagem centrada no médico (ou centrada na doença). De acordo com este modelo, os médicos acertam as queixas dos doentes e buscam informações que irão ajudá-lo a interpretar a doença da Pessoa com seu próprio arcabouço de referência. As enfermidades neste modelo são entidades específicas que tem uma existência separada de quem a sofre. Isto envolve catalogar sinais e sintomas, levando ao diagnóstico da enfermidade (*disease*) e prescrição de um tratamento apropriado. Um critério de sucesso é um diagnóstico preciso, tal como: infarto, acidente vascular cerebral (AVC), carcinoma do colo, abuso infantil, risco de suicídio, ou alcoolismo. Na busca deste objetivo, médicos utilizam um método desenhado para obter informações objetivas das pessoas.

O Departamento de Medicina de Família da Universidade de Western Ontário - Canadá iniciou seu trabalho sobre “*a relação médico-paciente*” com a chegada do Dr. Ian McWhinney em 1968. Seu trabalho esclarecendo a *verdadeira razão* da Pessoa procurar o médico (MCWHINNEY, 1972), foi o estágio inicial para explorar a amplitude de todos os problemas das pessoas, sejam físicos, sociais ou psicológicos, e aprofundando, o significado de sua representação. Moira Stewart, sua aluna, foi guiada por estes interesses, e focou seus estudos na “*relação médico-paciente*”. Em 1981-1982, chegou ao Canadá como professor visitante de medicina de família, vindo da África do Sul, o Dr. Joseph Levenstein, estimulando o grupo de Toronto, compartilhando seu “*método clínico centrado no paciente*” (LEVENSTEIN, 1984 apud STEWART, 2003). A história do método iniciou quando o Doutor Levenstein, num dia típico de trabalho em seu consultório na África do Sul, atendendo 30 pessoas com uma variedade de problemas, foi desafiado pela pergunta de uma estudante de medicina. Ela perguntou-lhe como ele sabia o que fazer com cada uma delas; comentou que sua abordagem era diferente do que ela havia observado no hospital, e que ela não

conseguia reconhecer nenhum padrão nesta técnica. Dr. Levenstein explicou que o que ele fazia era orientado “[...] pelo seu conhecimento prévio de cada paciente, pela frequência das diferentes doenças na sua comunidade, e pela importância que ele colocava na continuidade e compreensão do cuidado, prevenção e relação médico-paciente.” (LEVENSTEIN, 1984 apud STEWART, 2003, p. 4). Ele imediatamente percebeu a sensação de frustração da estudante – sua resposta não tinha ajudado-a entender seu método. Decidiu então gravar em vídeo os atendimentos no consultório e analisá-los. Ao final, ele revisou cerca de 1.000 gravações de atendimentos e concluiu que sua abordagem combinava uma abordagem tradicional com perguntas abertas-fechadas sobre tudo que a Pessoa desejasse tratar. Ele encontrou nas gravações intervenções efetivas e não efetivas. Ele percebeu que as consultas nas quais ele percebeu as queixas e expectativas sobre a visita foram bem; mas se ele esqueceu ou não percebeu as “dicas” da Pessoa sobre “sua agenda”¹⁷, a consulta foi menos efetiva. Estava aqui alguma coisa que poderia ser ensinada. Em vez de motivar seus estudantes a ter mais cuidado e deixando-os mais confusos e ofendidos, ele pode guiá-los para escutar as “dicas” das pessoas sobre suas queixas, medos, e expectativas e sobre porque eles procuraram o médico naquele momento em particular. Os fatores desta abordagem foram base para o denominado método “*centrado no paciente*” (patient-centered method). Levenstein aprimorou seu entendimento do método na Western Ontario University e ensinando-o aos estudantes de medicina e residentes em medicina de família com resultados encorajadores. A seguir ele ensinou o modelo em forma de curso e colaborou em pesquisas para medir o impacto do método no cuidado às pessoas e no ensino médico. O método foi utilizado e apresentado desde então em numerosos seminários em diversos países do

¹⁷ Agenda do paciente: quais as verdadeiras razões ou objetivos pelos quais as pessoas vêm à consulta.

mundo. O “feedback” dos participantes tem sido incorporado para o aperfeiçoamento do método.

Meu contato com o método foi em 1995, através dos professores canadenses da Universidade de Toronto, Drs. Yves Talbot e Walter Rosser, que vieram desenvolver curso para formação de professores em medicina de família com profissionais do Serviço de Saúde Comunitária do GHC.

O *método clínico de abordagem centrado no paciente* (STEWART, 2003) é composto por seis componentes:

- a) explorando a Experiência com a Enfermidade e a Doença;
- b) entendendo a Pessoa como um todo, inteira;
- c) buscando um projeto comum ao médico e ao Paciente para manejar os problemas;
- d) incorporando prevenção e promoção da saúde;
- e) intensificando a relação médico-paciente;
- f) sendo realista.

Os seis componentes interativos são apresentados separados, mas na verdade estão intrincadamente interligados, conforme representado no diagrama da Figura 12.

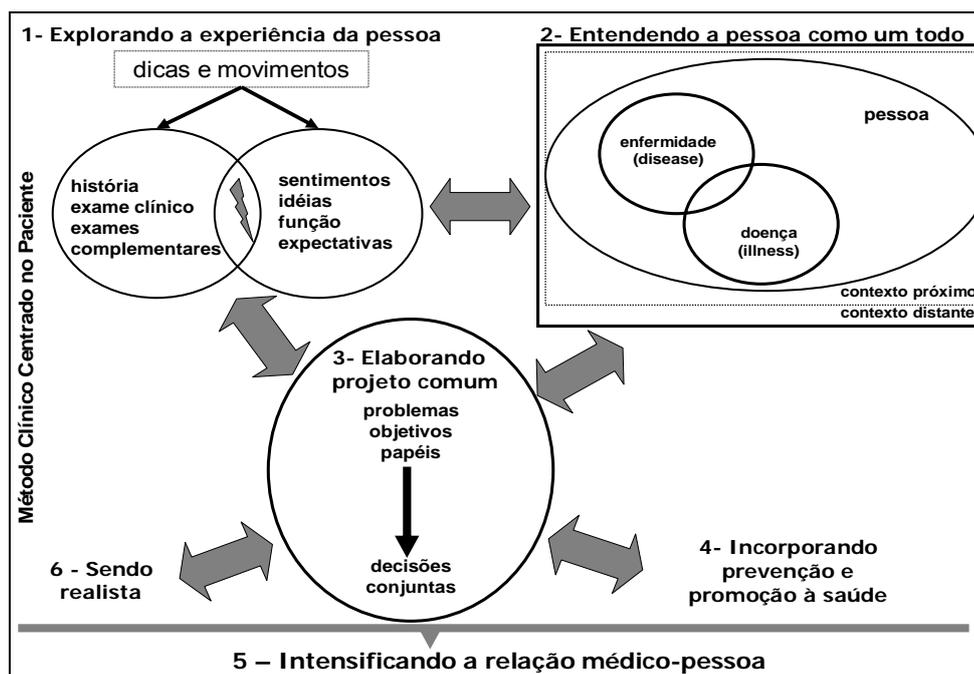


Figura 12 – A interação entre os seis componentes do MCCP
 Fonte: Elaborado pelo autor com base em STEWART, 2003, p. 6.

O médico habilidoso move-se empenhadamente para frente e para trás, entre os seis componentes, seguindo as “deixas” ou “dicas” do paciente.

Esta técnica “*de ir e vir*” é o conceito chave em utilizar e ensinar o método clínico centrado no paciente (MCCP) e requer prática e experiência.

Um questionamento freqüente é: “*como é possível ter uma abordagem centrada na Pessoa dentro das condições de trabalho e de tempo disponíveis na realidade brasileira?*”. Esta interrogação na verdade tem se mostrado relevante em todas as realidades, pois o tempo disponível para a consulta pode ser um limitador da implementação. Em virtude disto tem se procurado levantar quais dos seis componentes são os mais importantes para garantir uma atenção centrada na Pessoa, mas o médico deve usar a continuidade e a longitudinalidade como recurso, desenvolver habilidades para estabelecer prioridades, alocar recursos, o trabalho em equipe, e conhecimentos como o fato de que se deixarmos uma Pessoa falar, por dois minutos sem interrupção, teremos 90% das informações necessárias para resolver seu

problema, como é citado no artigo “*Consultations do not have to be longer*” (JENKINS, 2002). Na verdade o uso adequado do tempo está contemplado dentro do sexto componente: *Sendo realista*.

A seguir faremos um maior detalhamento de cada um dos componentes que integram o método clínico centrado no paciente.

4.9.1 Os componentes do método clínico centrado no paciente

4.9.1.1 1º componente - Explorando a Experiência com a Enfermidade e com a Doença

Este primeiro componente envolve o entendimento pelo médico de dois conceitos de saúde-doença com as pessoas: *enfermidade* (disease) e *doença* (illness). Estes conceitos são fundamentais ao definirmos o *locus* da atenção dispensada à Pessoa acometida por uma patologia. Vamos permanecer com a interpretação que considera *disease* = enfermidade, e *illness* = doença.

A prestação de um cuidado efetivo requer assistência tanto quanto para a experiência da Pessoa com as doenças (illness) como para suas enfermidades (diseases). O método médico convencional identifica a enfermidade (disease), mas o entendimento da doença (illness) requer uma abordagem adicional. O método clínico centrado na Pessoa tem seu foco na doença (illness) e nas quatro principais dimensões da experiência da Pessoa com a enfermidade (disease):

- a) suas idéias sobre o que está errado com eles;
- b) seus sentimentos, principalmente medos sobre estar doente;
- c) o impacto de seus problemas na ocupação;
- d) suas expectativas sobre o que deve ser feito.

A chave para esta abordagem é prestar atenção em “dicas” da Pessoa relacionadas com estes aspectos; e o objetivo é seguir a condução de quem consulta para entender a experiência do seu ponto de vista.

Buscando um entendimento terapêutico da experiência da Pessoa com a enfermidade (disease) requer habilidade do médico ao entrevistar, que o capacite a “entrar no mundo do paciente” para ter entendimento da doença do seu ponto de vista. Um exemplo de que isto não foi alcançado no decorrer da consulta, é o “comentário da maçaneta” que significa que o médico perdeu as dicas iniciais ou a Pessoa finalmente acumulou coragem para falar de assunto difícil, antes que seja muito tarde.

4.9.1.2 2º componente - Entendendo a Pessoa como um todo, inteira

O segundo componente é um entendimento integrado da Pessoa inteira. Isto decorre de que ao longo do tempo o médico acumula uma miríade de informações sobre aqueles que atende, que vai além de diagnosticar enfermidades (disease) ou assistir resposta a doenças (illness). Ele inicia a conhecer a Pessoa inteira, e sua experiência com a doença, num contexto de suas vida e estágio de desenvolvimento pessoal. Seu conhecimento da Pessoa inclui: a família, trabalho, crenças, e lutas nas

várias crises do ciclo vital. Doenças graves em um membro da família, reverberam por todo sistema familiar. Um médico que entende a Pessoa inteira pode reconhecer o impacto da família em melhorar, agravar ou mesmo causar doenças em seus membros. As crenças culturais e atitudes da Pessoa também influenciam em seu cuidado.

O uso deste componente pode ajudar o médico a aumentar sua interação com a Pessoa em períodos específicos, e conhecer a fase do ciclo de vida do paciente pode ajudar a entender sinais e sintomas pouco definidos, ou quando há reação exagerada e fora de contexto.

E principalmente, um entendimento da Pessoa como um todo, integral, pode aprofundar o conhecimento do médico sobre a condição humana, especialmente do sofrimento e resposta da Pessoa ao adoecer.

4.9.1.3 3º componente - Buscando um projeto comum ao médico e ao Paciente para manejar os problemas

Este terceiro componente do método clínico centrado no paciente é o compromisso mútuo de encontrar um projeto comum. Desenvolver um plano efetivo de manejo requer do médico e da Pessoa buscar concordância em três áreas principais:

- a) a natureza dos problemas e prioridades;
- b) os objetivos do tratamento;
- c) os papéis do médico e da Pessoa.

Em geral, médicos e pessoas doentes tem grandes divergências em cada uma destas áreas. O processo de encontrar uma solução satisfatória é não só de barganha e negociação, sendo mais propriamente de movimento em direção a um encontro de opiniões ou achar terreno comum. Esta estrutura lembra o médico para incorporar idéias, sentimentos, expectativas e ocupação da Pessoa ao planejar tratamento.

4.9.1.4 4º componente - Incorporando prevenção e promoção da saúde

Este quarto componente incorpora prevenção e promoção da saúde no contexto do dia a dia da consulta ou atendimento. Como prevenção da doença necessita um esforço colaborativo de parte da Pessoa e do médico, o processo de encontrar um projeto comum na multiplicidade de oportunidades para prevenção de doenças e promoção da saúde, torna-se um importante componente de cada contato ou consulta. Aplicar o método clínico centrado na Pessoa esta de acordo com a definição de promoção da saúde da Organização Mundial da Saúde que a considera como o processo de capacitar pessoas para controlar e melhorar sua saúde (CARTA DE OTAWA, 1986 apud BUSS, 2000). Requer continuidade e cuidado compreensivo como filosofia da prática e um protocolo para prevenção e promoção da saúde, bem como um registro médico que suporte o protocolo, e principalmente um esforço colaborativo de parte do médico e da Pessoa para usar cada visita no sentido de prevenção e promoção.

4.9.1.5 5º componente - Intensificando a relação médico-paciente

Quando médicos vêm a mesma Pessoa “tempo após tempo” com uma variedade de problemas, adquirem considerável conhecimento deles que pode ser útil no manejar problemas futuros. A cada visita, no contexto da continuidade do cuidado, médicos esforçam-se para construir um relacionamento ao longo do tempo com cada Pessoa, como uma base para seu trabalho conjunto e para usar a relação médico-Pessoa, por seu potencial curativo.

Reconhecer que diferentes pessoas requerem diferentes abordagens e usar a si mesmo em uma variedade de modos para alcançar as necessidades dos pacientes. “*Caminhar com*” a Pessoa e usar a si e seu relacionamento para mobilizar forças desta com propósitos curativos.

4.9.1.6 6º componente - Sendo realista

Usar o tempo e energia eficientemente, não tendo expectativas além das possibilidades. Desenvolver habilidades para definir prioridades, alocação de recursos, e trabalho em equipe. Os médicos de atenção primária à saúde proporcionam o primeiro contato e a entrada no sistema de saúde, e os médicos de família são os prestadores do primeiro cuidado na entrada das pessoas no sistema de saúde oficial, e como tais, devem ser administradores informados dos recursos da comunidade.

Devem conhecer recursos da comunidade e respeitar seus próprios limites de energia emocional e não esperar demais de si mesmo.

O Método Clínico de Abordagem Centrada na Pessoa, tem sido usado não apenas para melhorar o Cuidado médico, mas também no ensino médico. Um ensino médico centrado no aluno, como forma de ensinar aos estudantes de medicina a terem uma formação mais adequada às suas necessidades de aprendizagem. Também já se observa sua utilização por outras profissões não médicas como a Fisioterapia (Centrada na Pessoa) e a Enfermagem (Centrada na Pessoa), com isso demonstrando a validade e eficácia de sua aplicação.

5 O ESTUDO

Este é um estudo de caso de natureza qualitativo, de fundo simultaneamente teórico e empírico, utilizando-se para coleta das informações de entrevistas semi-estruturadas. O caso estudado é o relacionamento dos médicos de família e comunidade com as pessoas por eles atendidas no Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC-GHC).

Tem como objeto de enfoque o método de abordagem utilizado pelos médicos de família de um serviço de atenção primária à saúde no atendimento às pessoas que buscam ajuda para solução de seus problemas. Busca-se analisar se este processo de abordagem ocorre dentro do modelo centrado na Pessoa, considerando-se que este é fundamental para a atuação diferenciada do médico de família e comunidade.

Foi realizada revisão de literatura, nacional e internacional, visando fundamentar teoricamente e analiticamente o estudo.

A escolha do SSC-GHC para estudo deve-se ao reconhecimento no campo da saúde de que se constitui em experiência bem sucedida de utilização do médico de família e comunidade, e levando-se em conta que vem contribuindo efetivamente na promoção de mudança efetiva no modelo assistencial – é referência de reorganização; apresenta uma faixa de cobertura populacional expressiva – cerca de 140.000 pessoas; têm resultados positivos nas avaliações periódicas realizadas – indicadores de vigilância à saúde; e existe uma consolidação longitudinal na sua atuação - 23 anos de existência (1982). Em função disto é considerado modelo de assistência e um local de formação de excelência em medicina de família e comunidade, e iniciou-se em 2004 como formador multiprofissional com implantação de especialização sob forma

de residência para enfermeiros, odontólogos, psicólogos e assistentes sociais. Também foi importante a tradição do SSC-GHC em realizar continuada avaliação de sua atuação, na busca de melhora permanente da assistência e ensino que presta.

A opção por não realizar um estudo envolvendo outros serviços deve-se ao fato das grandes diferenças de contexto e cenário existentes, o que certamente traria muitas variáveis a serem consideradas por ocasião da análise.

5.1 A PESQUISA QUALITATIVA E O MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NA PESSOA

Conforme relata Stewart (2003) o estado da arte em pesquisa qualitativa evoluiu muito nestes últimos anos trazendo grandes contribuições. Mas no que se refere a pesquisas qualitativas para avaliar o cuidado centrado na Pessoa, existem poucas, sendo que as citadas, em geral tinham outros objetos de estudo, e quase de forma indireta avaliaram componentes isolados do *“método de abordagem centrado no paciente”*.

Isto tem relevância, pois segundo Stewart existem paralelos entre o método de abordagem centrado na Pessoa e estudos humanistas - que utilizam métodos qualitativos – pois enquanto o primeiro busca aquisição de conhecimento qualitativo e entendimento de um sujeito como ser humano, nos segundos pesquisador e participante da pesquisa, juntos esforçam-se para capturar necessidades, motivos e expectativas do participante para construir a interpretação de sua experiência. O processo centrado na Pessoa de elaborar um plano conjunto e construir um relacionamento tem similaridades com o processo de investigação interpretativa. As

pesquisas de metodologia qualitativa objetivam promover entendimento das experiências subjetivas, intuitivas, dinâmicas, inter-relacionadas, e dependentes do contexto da vida humana, e o encontro do médico com a Pessoa doente é uma destas experiências.

5.2 OS ENTREVISTADOS

Os entrevistados pertenceram a duas categorias: médicos de família e comunidade e pessoas por eles atendidas. Foram entrevistados dois médicos na Unidade Conceição, dois médicos na Unidade Floresta e um médico na Unidade COINMA, num total de cinco. Foram entrevistadas cinco pessoas da Unidade Conceição, cinco da Unidade Floresta e quatro da Unidade COINMA, num total de quatorze pessoas atendidas. Com este número obtivemos saturação necessária para o estudo. Por “obter a saturação necessária” entende-se o momento em que as respostas dos entrevistados sobre as diversas questões abordadas tornam-se repetitivas, não acrescentando fatos novos. A escolha por estas três Unidades deveu-se ao fato de contarem com profissionais que em sua maioria estão desde os primeiros tempos de implantação do SSC-GHC, e onde ocorreu menor número de transferência ou substituição de profissionais médicos.

O critério de seleção foi o seguinte:

Foi escolhido aleatoriamente um dia da semana para ir à Unidade, no mês de Janeiro de 2005, e perguntado aos médicos presentes se estavam dispostos a

participar. As pessoas atendidas por estes médicos também eram convidadas a participar. Inicialmente haviam sido entrevistadas nove pessoas, mas como se trata de estudo qualitativo é fundamental que o entrevistado contribua com informações de interesse ao estudo, e por conseqüência, foram realizadas mais cinco entrevistas com pessoas atendidas num segundo momento (abril de 2005) para obter a saturação necessária totalizando quatorze entrevistados.

Todos os entrevistados, sejam médicos ou pessoas atendidas, assinaram termo de consentimento, cujo formato esta nos Apêndices A e B.

5.3 O ENTREVISTADOR

As entrevistas foram realizadas pelo autor na busca de um maior aprofundamento das questões que por ventura surjam durante as mesmas. Para todos entrevistados foi realizada apresentação orientada pelo seguinte discurso: *“Nós somos do Serviço de Saúde Comunitária do GHC e estamos realizando uma pesquisa sobre o atendimento prestado nas Unidades do SSC. Nós vamos fazer algumas perguntas. O Sr.(a) poderia colaborar?”*

5.4 AS ENTREVISTAS

As entrevistas seguiram roteiro semi-estruturado específico para médicos de família e comunidade (APÊNDICE C) e pessoas atendidas (APÊNDICE D), elaborados de forma a contemplar coleta de informações que identificassem componentes do *método de abordagem centrado no paciente*. Para isto foram realizadas perguntas para estimular a fala dos entrevistados sobre critérios e características que possibilitem avaliar se estes componentes do Método Clínico Centrado na Paciente (MCCP), estão presentes na prática dos MFC do SSC. Também buscou-se elaborar um perfil dos entrevistados. Portanto, cada um das perguntas teve objetivo definido relacionado com os componentes do método de abordagem centrada na Pessoa citada acima, e com as categorias ou fundamentos teóricos que embasam este estudo, conforme pode ser visualizado nos quadros 03 e 04, abaixo.

A partir de estudos anteriores (STEWART, 2003) sobre o método clínico centrado na Pessoa, houve uma definição por investigar três dos seis componentes do método: (1) Explorando ambos, a enfermidade e a experiência sobre o adoecer, (2) Entendendo a Pessoa de modo abrangente, inteira e (3) Buscando um projeto comum ao médico e paciente para manejar os problemas. Deve ser ressaltado que a escolha em trabalhar apenas com estes três componentes, se deve ao fato de que estes seriam os mais representativos do uso de uma abordagem centrada na Pessoa e que nos estudos realizados por Stewart (2003) se revelaram mensuráveis.

PERGUNTA	OBJETIVO	INDICADOR	CATEGORIA
<p>Pergunta 1 – O Senhor (a) pode me explicar como faz para consultar nesta Unidade de Saúde? Explique melhor?</p> <p>1.1 - Qual o tempo de demora para conseguir marcar uma consulta antecipada? E para o mesmo dia?</p> <p>1.2 - Qual o tempo de espera para consultar?</p> <p>1.3 - Quais as principais dificuldades que considera para ser atendido?</p> <p>1.4 - Como é a recepção / acolhimento?</p>	<p>Conhecer o processo de acesso das pessoas ao cuidado à saúde.</p>	<p>O tempo de espera ser atendido em consulta programada.</p> <p>A existência de filas.</p> <p>O horário que tem que chegar para conseguir marcar consulta.</p> <p>Tem acesso ao médico para conversar.</p>	<p>ACESSO</p>
<p>Pergunta 2 – Quando o Sr.(a) busca atendimento nesta Unidade, em geral é atendido por qual profissional?</p> <p>2.1 - Poderia descrever, caso tenha acontecido, uma situação em que o médico pediu ajuda ou encaminhou o Sr.(a) a outro profissional desta Unidade para resolver seu problema?</p>	<p>Conhecimento das representações atitudinais sobre o trabalho em equipe</p>	<p>Há consultoria entre os médicos da Unidade.</p> <p>Há consultoria entre os profissionais de Unidade.</p> <p>Há delegação de tarefas entre os profissionais.</p>	<p>PROCESSO DE TRABALHO: trabalho em equipe</p>
<p>Pergunta 3 – O Sr.(a) sabe o nome da especialidade do médico que o atendeu nesta Unidade?</p> <p>3.1 - Como o Sr.(a) descreveria a especialidade do médico que o atendeu nesta Unidade?</p> <p>3.2 – O Sr.(a) poderia descrever o que diferencia este médico de outros que já lhe atenderam?</p>	<p>Conhecer as representações cognitivas das pessoas sobre a medicina de família e comunidade enquanto especialidade.</p>	<p>Identificação do MFC como um especialista, e da MFC como especialidade.</p> <p>Caracterização do perfil do MFC</p>	<p>Medicina de Família e Comunidade</p>
<p>Pergunta 4 – Como o Sr.(a) descreveria o modo como o médico conversou sobre o problema principal de saúde que motivou a consulta?</p> <p>4.1 - Foi conversado o suficiente?</p> <p>4.2 - O Sr.(a) ficou satisfeito?</p> <p>4.3 - Considera que o médico ouviu tudo o que o Sr.(a) gostaria de falar?</p> <p>4.4 – O médico conversou sobre como o Sr.(a) reagiu a outras situações de doença pessoal ou em familiares?</p> <p>4.5 – O médico conversou sobre como estão seus sentimentos em relação ao fato de estar com problemas de saúde?</p> <p>4.6 – O médico verificou seus medos, expectativas em relação aos seus problemas de saúde?</p>	<p>Identificar representações atitudinais do componente do MCCP: “explorando a experiência das pessoas com a doença e a enfermidade”.</p>	<p>Abordagem pelo médico de experiências anteriores com doenças pessoais ou familiares. E com a doença atual.</p> <p>Realização de escuta ativa.</p> <p>Houve tempo de ser ouvido.</p> <p>Conseguiu falar tudo que desejava.</p> <p>Expectativa com o estar doente e suas conseqüências.</p>	<p>MCCP: Explorando a experiência com a doença e a enfermidade</p>
<p>Pergunta 5 – O Sr.(a) poderia comentar sobre como o médico explicou sobre seu(s) problema(s) de saúde?</p> <p>5.1 – O médico buscou ter certeza de qual era o seu principal problema de saúde?</p> <p>5.2 – O médico buscou sua ajuda para definir qual era seu problema principal?</p>	<p>Identificar representações atitudinais do componente do MCCP: “Elaborando um projeto comum ao médico e à Pessoa para</p>	<p>Confrontação entre os problemas <i>para a Pessoa</i> e os identificados <i>pelo o médico</i>.</p> <p>Espaço para</p>	<p>MCCP: Buscando um projeto comum ao médico e a Pessoa.</p>

5.2 – O Sr.(a) teve oportunidade de tirar suas dúvidas? 5.3 - O médico buscou ter certeza de que o Sr(a) havia entendido qual é seu problema de saúde?	manejar os problemas de saúde – definição do problema”.	“resumo” e reafirmação de que a Pessoa entendeu seu problema.	
Pergunta 6 - O Sr.(a) poderia descrever sobre a parte da consulta em que falaram sobre as responsabilidades de cada um no cuidado à saúde? 6.1 - Houve esta parte em que o médico conversou sobre o que cabe a cada um – médico e Pessoa – como responsabilidade no cuidado à saúde?	Identificar representações atitudinais do componente do MCCP: “Elaborando um projeto comum ao médico e à Pessoa para manejar os problemas de saúde – definição de papéis”.	Definição de responsabilidades no cuidado a saúde.	MCCP: Buscando um projeto comum ao médico e a Pessoa.
Pergunta 7 – O Sr.(a) poderia descrever como foi discutido o cuidado à saúde? 7.1 - Foi suficientemente esclarecedor? 7.2 - O médico discutiu sobre as possibilidades do Sr.(a) realizá-lo? 7.3 - Foi perguntado sobre suas dificuldades em realizar o que foi proposto para cuidar de sua saúde? 7.4 – Foi conversado sobre os objetivos a serem buscados para alcançar sucesso no cuidado à sua saúde?	Identificar representações atitudinais do componente do MCCP: “Elaborando um projeto comum ao médico a à Pessoa para manejar os problemas de saúde – decidindo em conjunto”.	Consegue identificar seu problema. Dificuldades no manejo da situação ficaram claras. Sabe os objetivos estabelecidos.	MCCP: Buscando um projeto comum ao médico e a Pessoa.
Pergunta 8 – O Sr.(a) poderia dizer o quanto o médico conversou sobre assuntos pessoais, familiares ou profissionais? 8.1 – O Sr.(a) considera que o médico conversou o suficiente sobre sua história de vida para conhecê-lo (a) bem? 8.2 – O médico conversou sobre aspectos de sua vida tais como: emprego, família, lazer, dificuldades? 8.3 – O Sr.(a) de alguma forma tentou falar com o médico sobre estes assuntos? 8.4 – Como o Sr.(a) considera que o médico reagiu? 8.2 – Considera que não foi necessário, pois o médico já o conhece bem? 8.3 - Pode citar um exemplo de situação deste tipo que tenha ocorrido?	Identificar representações atitudinais do componente do MCCP: “Entendendo a Pessoa de modo abrangente, inteira”.	A abordagem não foi restrita à Pessoa atendida.	MCCP: Buscando um projeto comum ao médico e a Pessoa.

Quadro 3 - Entrevista com as pessoas
Fonte: Elaborado pelo autor

PERGUNTA	OBJETIVO	INDICADOR	CATEGORIA
Pergunta 1 – O Senhor(a) pode me explicar como as pessoas fazem para consultar nesta Unidade de Saúde? 1.1 – Tem idéia de qual o tempo de demora para agendar uma consulta? 1.2 – Tem idéia de qual o tempo de espera para consultar? 1.3 – Poderia descrever aquelas que considera as principais dificuldades para as pessoas serem	Conhecer o processo de acesso das pessoas ao cuidado à saúde.	O tempo de espera ser atendido em consulta programada. A existência de filas. O horário que tem que chegar para conseguir marcar	ACESSO

atendidas nesta Unidade? 1.4 – Qual sua percepção sobre como as pessoas são recebidas/ acolhidas?		consulta. Tem acesso ao médico para conversar.	
Pergunta 2 – Poderia descrever, caso tenha acontecido, uma situação em que pediu ajuda ou encaminhou a Pessoa atendida a outro profissional desta Unidade para resolver seu problema? 2.1 – Qual a seu ver é o aspecto que melhor caracteriza o trabalho em equipe nesta Unidade?	Conhecimento das representações sobre o trabalho em equipe.	Há consultoria entre os médicos da Unidade. Há consultoria entre os profissionais de Unidade. Há delegação de tarefas entre os profissionais.	PROCESSO DE TRABALHO
Pergunta 3 – O Sr.(a) considera que as pessoas atendidas sabem o nome de sua especialidade?	Conhecer as representações cognitivas das pessoas sobre a medicina de família e comunidade enquanto especialidade.	Identificação do MFC como um especialista, e da MFC como especialidade. Caracterização do perfil do MFC	MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE
Pergunta 4 – No seu entendimento que aspectos na abordagem aos problemas de saúde caracterizaria uma atuação centrada na Pessoa?	Conhecer as representações cognitivas e atitudinais dos profissionais sobre a abordagem centrada na Pessoa.	Abordagem pelo médico de experiências anteriores com doenças pessoais ou familiares. E com a doença atual. Realização de escuta ativa. Houve tempo de ser ouvido. Conseguiu falar tudo que desejava. Expectativa com o estar doente e suas conseqüências.	Conceito do MCCP
Pergunta 5 – Como o Sr.(a) descreveria o modo como conversou sobre o problema principal de saúde que motivou a consulta das seguintes pessoas atendidas hoje? 5.1 - Foi conversado o suficiente? 5.2 - O Sr.(a) ficou satisfeito? 5.3 - Considera que ouviu tudo o que as pessoas gostariam de falar? 5.4 – Conversou sobre como estas pessoas reagiram a outras situações de doença pessoal ou em familiares? 5.5 – Conversou sobre como estão os sentimentos destas pessoas em relação ao fato de estar com problemas de saúde? 5.6 – Abordou seus medos, expectativas em relação aos seus problemas de saúde?	Identificar representações atitudinais do componente do MCCP: “explorando a experiência das pessoas com a doença e a enfermidade”.	Confrontação entre os problemas <i>para a Pessoa</i> e os identificados <i>pelo o médico</i> . Espaço para “resumo” e reafirmação de que a Pessoa entendeu seu problema.	MCCP: Explorando a experiência com a doença e a enfermidade
Pergunta 6 – O Sr.(a) poderia comentar sobre como explicou sobre o(s) problema(s) de saúde? 6.1 – Buscou ter certeza com as pessoas de qual	Identificar representações atitudinais do componente do	Definição de responsabilidades no cuidado a	MCCP: Buscando um projeto comum ao médico e a

<p>era o seu principal problema de saúde?</p> <p>6.2 – Buscou ajuda delas para definir qual era seu problema principal?</p> <p>6.2 – Considera que deu oportunidade para que as pessoas tirassem suas dúvidas?</p> <p>6.3 – Ao final buscou ter certeza de que as pessoas haviam entendido qual é seu problema de saúde?</p>	<p>MCCP: “Elaborando um projeto comum ao médico e à Pessoa para manejar os problemas de saúde – definição do problema”.</p>	<p>saúde.</p>	<p>Pessoa.</p>
<p>Pergunta 7 – O Sr.(a) poderia descrever sobre a parte da consulta em que falaram sobre as responsabilidades de cada um no cuidado à saúde?</p> <p>7.1 - Houve durante a consulta esta parte em que conversaram sobre o que cabe a cada um – médico e Pessoa – como responsabilidade no cuidado à saúde?</p>	<p>Identificar representações atitudinais do componente do MCCP: “Elaborando um projeto comum ao médico e à Pessoa para manejar os problemas de saúde – definição de papéis”.</p>	<p>Consegue identificar seu problema. Dificuldades no manejo da situação ficaram claras. Sabe os objetivos estabelecidos.</p>	<p>MCCP: Buscando um projeto comum ao médico e a Pessoa.</p>
<p>Pergunta 8 – O Sr.(a) poderia descrever como foi discutido o cuidado à saúde?</p> <p>8.1 – Considera que foi suficientemente esclarecedor?</p> <p>8.2 – Que discutiu sobre as possibilidades da Pessoa realizar o que estava sendo proposto?</p> <p>8.3 – Foi conversado sobre os objetivos a serem buscados para alcançar sucesso no cuidado à saúde de quem estava sendo atendido?</p>	<p>Identificar representações atitudinais do componente do MCCP: “Elaborando um projeto comum ao médico a à Pessoa para manejar os problemas de saúde – decidindo em conjunto”.</p>	<p>Participação da Pessoa no atendimento: escuta..</p>	<p>MCCP: Buscando um projeto comum ao médico e a Pessoa.</p>
<p>Pergunta 9 – O Sr.(a) poderia dizer o quanto com as pessoas conversou sobre assuntos pessoais, familiares ou profissionais que podem ter impacto na saúde?</p> <p>9.1 – O Sr.(a) considera que conversou o suficiente sobre a história de vida para conhecê-lo (a) bem?</p> <p>9.2 – Conversou sobre aspectos de sua vida tais como: emprego, família, lazer, dificuldades?</p> <p>9.3 – Você de alguma forma tentou estimular a Pessoa a falar sobre estes assuntos?</p> <p>9.4 – Ela tentou ou sinalizou que gostaria de falar sobre estes assuntos?</p> <p>9.5 - Como o Sr.(a) considera que reagiu?</p> <p>9.6 – Considera que não foi necessário, pois já o conhece bem?</p>	<p>Identificar representações atitudinais do componente do MCCP: “Entendendo a Pessoa de modo abrangente, inteira”.</p>	<p>A abordagem não foi restrita à Pessoa atendida</p>	<p>MCCP: Entendendo a Pessoa como um todo.</p>

Quadro 4 - Entrevista com médicos de família e comunidade

Fonte: Elaborado pelo autor

5.5 O MODELO DE ANÁLISE

O modelo de análise utilizou como instrumento o “Discurso do Sujeito Coletivo” – DSC (LEFÈVRE, 2003), por entendermos que contempla as necessidades para uma adequada sistematização das informações coletadas e permitiu realizar uma melhor análise e estabelecimento das relações com os fundamentos teóricos.

A seguir faremos uma breve descrição do DSC, desenvolvido por Fernando Lefèvre e Ana Maria Cavalcanti Lefèvre.

5.6 DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) é: um discurso síntese elaborado com pedaços de discursos de sentido semelhante reunidos num só discurso. Tendo como fundamento a teoria da Representação Social e seus pressupostos sociológicos, o DSC é uma técnica de tabulação e organização de dados qualitativos que resolve um dos grandes impasses da pesquisa qualitativa na medida em que permite, através de procedimentos sistemáticos e padronizados, agregar depoimentos sem reduzi-los a quantidades.

A técnica consiste basicamente em analisar o material verbal coletado em pesquisas que tem depoimentos como sua matéria prima, extraindo-se de cada um destes depoimentos as Idéias Centrais ou Ancoragens e as suas correspondentes Expressões Chave; com as Idéias Centrais/Ancoragens e Expressões Chave semelhantes compõe-se um ou vários discursos-síntese que são os Discursos do Sujeito Coletivo. [...] De forma resumida podemos dizer que: o DSC constitui uma técnica de pesquisa qualitativa criada para fazer uma coletividade falar, como se fosse um só indivíduo. (LEFÈVRE, 2003, p. 13-31).

A proposta consiste em “*analisar o material verbal coletado extraindo-se de cada um dos depoimentos, as Idéias Centrais e Ancoragens e as suas*

correspondentes Expressões Chave; com as Idéias Centrais/Ancoragens e Expressões Chave semelhantes compõe-se um ou vários discursos-síntese que são os Discursos do Sujeito Coletivo". As definições destes operadores são as que seguem.

5.6.1 Expressões chave

As *expressões chave* (ECH) são pedaços, trechos do discurso, que devem ser destacados pelo pesquisador, e que revelam a essência do conteúdo do discurso ou a teoria subjacente. As ECH são fundamentais para a confecção do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC); por isso precisam ser adequadamente coletadas.

5.6.2 Idéias centrais

A Idéia Central (IC) é um nome ou expressão lingüística que revela, descreve e nomeia, da maneira mais sintética e precisa possível, o(s) sentido (s) de cada um dos discursos analisados e de cada conjunto homogêneo de ECH, que vai dar nascimento, posteriormente, ao DSC.

A Idéia Central tem umas funções eminentemente discriminadoras, ou paradigmáticas e classificatórias, permitindo identificar e distinguir cada sentido ou posicionamento presente nos depoimentos ou conjuntos semanticamente equivalentes de depoimentos.

5.6.3 Ancoragem

Algumas ECH remetem não apenas a uma IC correspondente, mas também e explicitamente a uma afirmação que denominamos Ancoragem (AC) que é a expressão de uma dada teoria ou ideologia que o autor do discurso professa, e que está embutida no seu discurso como se fosse uma afirmação qualquer. As ancoragens são afirmações genéricas usadas pelos depoentes para “enquadrar” situações particulares. Para que haja uma Ancoragem no depoimento é preciso encontrar, no corpo do depoimento, marcas discursivas explícitas dela.

5.6.4 Discurso do sujeito coletivo

O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) é uma reunião num só discurso-síntese homogêneo redigido na primeira Pessoa do singular de ECH que tem a mesma IC ou AC. O *sujeito coletivo* pode ser expresso através de um ou de vários discursos. Quando o sujeito coletivo é expresso através de apenas um discurso, isto significa que o imaginário global é unificado: sobre tal tema há apenas um discurso presente na cultura. Quando o sujeito coletivo é expresso através de vários discursos, isto pode significar duas coisas: a presença na cultura de um mesmo discurso complexo que, didaticamente, é preciso separar em mais de um discurso, ou a presença, na cultura, de discursos conflitantes que, também didaticamente, é preciso separar.

Fica claro então que o Discurso do Sujeito Coletivo é a reunião de todas as possibilidades imaginárias (discurso uno, diferente e antagônico) oferecidas por uma dada cultura, num dado momento, para pensar um dado tema, e que a separação deste DSC global em vários DSCs tem uma finalidade didática de tornar a exposição mais compreensível.

Selecionadas as expressões-chave semelhantes ou complementares, é com essa matéria-prima que são compostos os DSCs.

Para compô-los é preciso desparticularizar os discursos e também realizar uma série de operações destinadas a fazer com que o conjunto das Expressões-Chave selecionadas se transforme num discurso.

Vamos chamar aqui a estas operações de retóricas, no sentido clássico do termo, em que a expressão é sinônima de arte do bem discursar, seja o discurso oral ou escrito.

As operações retóricas devem ser semanticamente neutras já que se destinam a expandir os sentidos presentes originalmente nas expressões-chave, inserindo-os num contexto discursivo. É importante ressaltar esta neutralidade semântica que significa que a mescla das expressões-chave de dois depoimentos não deve produzir um terceiro que viole o sentido original presente em cada um dos dois.

Cada uma das perguntas terá suas respostas analisadas utilizando-se Instrumento de Análise de Discurso 1 conforme o modelo abaixo, utilizando-se a Pergunta 1: *"O Senhor(a) pode me explicar como faz para consultar nesta Unidade de Saúde? Explique melhor?"*

EXPRESSÕES-CHAVE	IDÉIAS CENTRAIS	ANCORAGEM
Entrevistado 1 – transcrição da resposta a pergunta 1.		
Entrevistado 2 - transcrição da resposta a pergunta 1.		
..... - transcrição da resposta a pergunta 1.		
Entrevistado 12 - transcrição da resposta a pergunta 1.		

Após passar por todas etapas de agrupamento das expressões-chave, passamos para a segunda etapa, de construção do DSC propriamente dito, utilizando-se do Instrumento de Análise de Discurso 2, conforme modelo a seguir:

EXPRESSÕES-CHAVE	Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)

Cabe ressaltar que, no que se refere aos operadores do método de análise, para construção das Ideias Centrais (IC) e dos Discursos do Sujeito Coletivo (DSC), foram utilizadas as Expressões Chaves, deixando-se de lado as ancoragens por não se revelarem úteis no processo de construção dos DSC.

6 O DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO SOBRE A CONSULTAGEM

Neste capítulo, são apresentados os resultados referentes às entrevistas realizadas com cinco médicos de família e comunidade e quatorze pessoas por eles atendidas, de cujos discursos individuais, extraíram-se as expressões-chave (ECH) e as idéias centrais (IC) e foi construído o discurso do sujeito coletivo (DSC), de acordo com a estratégia metodológica adotada, e buscando responder a pergunta inicial: ***Como atuam os médicos de família e comunidade no que se refere a uma abordagem centrada na Pessoa, enquanto integrantes de um serviço que serve como referência de modelo assistencial e formador?***

Cabe ressaltar, conforme já explicado antes, que embora o método clínico de abordagem centrada na Pessoa tenha seis componentes a serem utilizados na prática médica, estudos anteriores (STEWART, 2003) revelaram que apenas três deles podem ser adequadamente mensurados e contribuir inequivocamente para identificar uma abordagem centrada na Pessoa, sendo eles: (1) *Explorando ambos, a enfermidade e a experiência sobre a doença*, (2) *Entendendo a Pessoa de modo abrangente, inteira e* (3) *Buscando um projeto comum ao médico e paciente para manejar os problemas*.

A seguir, serão apresentados os resultados do trabalho, sendo cada tema entremeado pelos DSC correspondentes. Optamos por realizar a discussão em separado, para médico de família e comunidade e Pessoa, estabelecendo na conclusão final as conexões entre os dois grupos de entrevistados. Também foi construído um quadro (Quadro 5) onde se podem comparar lado a lado os DSC de médicos de família e comunidade, com os respectivos comentários que o autor considerou relevantes para construção da conclusão. No texto ao comentar os

Discursos do Sujeito Coletivo sempre iremos identificá-los pela abreviatura DSC, seguida do número da pergunta que orientou o discurso, acrescida das letras P para DSC de pessoas, e M para DSC de médicos de família e comunidade.

6.1 A CONSULTAGEM VISTA PELO MÉDICO DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

O perfil dos profissionais entrevistados pode ser mais bem visualizado no Quadro 5, que mostra a maioria deles tendo muitos anos de formação e prática, a maioria tendo realizado alguma especialização, todos atuando como preceptores nas Unidades. Um dos profissionais tem pouco tempo de graduado, recém concluiu a Residência em Medicina de Família e Comunidade, e tem poucos meses de atividade no SSC-GHC. Mas as falas dos antigos e do novo, não apresentam distorções ou diferenças significativas no que se refere à abordagem clínica, o que de certa forma representa que a reprodução do modelo vem se garantindo ao longo do tempo.

	Idade	Sexo	Preceptor	Graduação	Local Residência	Tempo graduado	Tempo SSC	Especialização
M1	50	FEM	SIM	UCS	SSC	25 A	21 A	SIM
M2	48	MASC	SIM	UFPEL	SSC	17 A	11 A	SIM
M3	49	FEM	SIM	UFRGS	MURIALDO	25 A	20 A	SIM
M4	43	FEM	SIM	UFRGS	SSC	18 A	16 A	SIM
M5	27	MASC	SIM	UFRGS	SSC	2 A	2,5 A	NÃO

Quadro 5 - Perfil dos Médicos de Família e Comunidade entrevistados

Fonte: Elaborado pelo autor

Agora, passaremos a apresentar os DSC produzidos a partir de cada pergunta realizada, e para facilitar a leitura e um melhor entendimento, colocamos antes do DSC um “quadro recorte” com a pergunta orientadora da entrevista.

<p>Pergunta 1 – O Senhor(a) pode me explicar como as pessoas fazem para consultar nesta Unidade de Saúde?</p> <p>1.1 – Tem idéia de qual o tempo de demora para agendar uma consulta?</p> <p>1.2 – Tem idéia de qual o tempo de espera para consultar?</p> <p>1.3 – Poderia descrever aquelas que considera as principais dificuldades para as pessoas serem atendidas nesta Unidade?</p> <p>1.4 – Qual sua percepção sobre como as pessoas são recebidas/ acolhidas?</p>	<p>Conhecer o processo de acesso das pessoas ao cuidado à saúde.</p>	<p>O tempo de espera ser atendido em consulta programada.</p> <p>A existência de filas.</p> <p>O horário que tem que chegar para conseguir marcar consulta.</p> <p>Tem acesso ao médico para conversar.</p>	<p>ACESSO</p>
--	--	---	---------------

(Idéia Central 1) - Existem maiores facilidades de acesso do que em outros serviços.

(DSC-01M) - Para ser atendida a Pessoa têm que estar cadastrada aqui. Marcam a consulta, e elas podem retornar após alguma consulta, com o médico dando retorno. O sistema que normalmente a gente usa é: marcação de consultas com agendamentos (programadas) até 30 dias [...] que corresponde a 50% da oferta, e 50% para as consultas do dia [...] que é para situações mais de urgência (dor, mal-estar), [...] situações que têm ser vistas no dia porque senão corre o risco de ter uma piora do paciente.

As dificuldades [...]: termos poucas consultas. E nós temos poucos médicos [...] ouço críticas em relação a filas. Mas eu acho que pela demanda que a gente tem, a gente percebe que existe uma facilidade de acesso; [...] acho que tem mais facilidades do que em outros serviços; [...] a gente sempre tenta dar uma resposta para o paciente. Sempre se consegue dar uma resposta ou tenta-se resolver o problema ou solução para isso. Ou pelo menos dar uma satisfação. É mais fácil à gente atender do que dizer não. Eventualmente a gente vai ter que dizer não, mas acho que está razoável; o pessoal [...] tem atendido bem. Talvez as pessoas precisassem de mais consultas assim e elas não estão consultando porque aquela consulta foi para outra Pessoa que tem uma prioridade menor e algumas pessoas se utilizam mais do serviço de saúde do que outras.

Pelo DCS-01M podemos constatar que existe percepção pelos médicos de família e comunidade de que existem dificuldades no acesso, com criação de filas e manifestação de insatisfação das pessoas, sendo isto atribuído ao número insuficiente de oferta de consultas médicas, decorrentes do número insuficiente de médicos

proporcionalmente à população das áreas abrangidas, não havendo referência à organização do processo de trabalho ou ao trabalho em Equipe.

Percebe-se pela fala dos profissionais entrevistados, em seu compromisso e vínculo com a população, com tentativas de minimizar as conseqüências da dificuldade de acesso, através da busca de “[...] pelo menos dar uma satisfação”. Há também de parte dos profissionais um questionamento se existe equidade no atendimento, ou seja, se quem mais precisa é quem está sendo atendido. Ou seja, se a equidade não está sendo comprometida pela dificuldade no acesso, sendo este um aspecto fundamental em termos de prevenção e redução de danos à saúde.

Outro fato importante que se percebe, é que as dificuldades de acesso nas Unidades pesquisadas existem, embora sendo de intensidades e repercussões diferentes em cada uma. Também cabe ressaltar, o fato de que apesar das dificuldades no acesso existentes no SSC, no geral do sistema de saúde, as dificuldades são ainda maiores (“[...] acho que tem mais facilidades do que em outros serviços”), o que de certa forma “conforta” a equipe, e que pela desproporção entre recursos e população em algumas unidades, consideram até que existe uma “facilidade” (“[...] pela demanda que a gente tem, a gente percebe que existe uma facilidade de acesso” no atendimento).

<p>Pergunta 2 – Poderia descrever, caso tenha acontecido, uma situação em que pediu ajuda ou encaminhou a Pessoa atendida a outro profissional desta Unidade para resolver seu problema?</p> <p>2.1 – Qual a seu ver é o aspecto que melhor caracteriza o trabalho em equipe nesta Unidade?</p>	<p>Conhecimento das representações sobre o trabalho em equipe.</p>	<p>Há consultoria entre os médicos da Unidade.</p> <p>Há consultoria entre os profissionais de Unidade.</p> <p>Há delegação de tarefas entre os profissionais.</p>	<p>PROCESSO DE TRABALHO</p>
--	--	--	-----------------------------

(Idéia Central 2) - Trabalhar em equipe é a solidariedade de buscar soluções. Ainda é pouco!

(DSC- 02M) - Existe. Vamos dizer assim: não uma quantidade grande, como tem muito poucos profissionais. Mas tem casos em que a gente se divide. Trabalhar em equipe é justamente essa troca que a gente tem na discussão de caso, nas próprias reuniões de equipe, no trabalho em grupo; e de conhecer e trocar informações sobre os pacientes; chama um para ajudar numa avaliação ou sugerir alguma hipótese diagnóstica; acabam me encaminhando todos os casos de saúde mental ou que eles têm dificuldade, encaminho muito para as enfermeiras, peço muita ajuda para a odonto. Olha sinceramente, trabalhar em equipe, é a solidariedade de buscar soluções.

No processo de trabalho em APS o desempenho em equipe é fundamental devido a multifatorialidade causal dos problemas trazidos pelas pessoas. E percebe-se pelo discurso apresentado que existem dificuldades neste sentido no SSC-GHC, talvez oriundas da sua trajetória histórica no que se refere à composição das equipes – centrada no médico, embora hoje todas Unidades contam com enfermeiras, a maioria tem odontólogo, e todas tem psicólogo ou assistente social –, das dificuldades institucionais de corrigir esta distorção efetivamente estruturando equipes multidisciplinares, e provavelmente também das deficiências de formação dos profissionais da área da saúde para o trabalho em equipe. Este fato além de reduzir a efetividade das intervenções, corre o risco de fragmentar o Cuidado.

Cabe ressaltar que o projeto que originou o SSC-GHC, em 1982, previa equipes multidisciplinares, e desde então esta tem sido uma constante busca pela Coordenação do serviço, sempre limitada pela conjuntura política e econômica.

Percebe-se que existe uma tentativa de um trabalho em equipe mais intenso, mas que esbarra nas dificuldades já citadas, cuja tentativa de superação se dá através de mecanismos de “troca que a gente tem na discussão de caso, nas próprias reuniões de equipe, no trabalho em grupo; e de conhecer e trocar informações sobre os

pacientes”, e “solidariedade de buscar soluções” para estabelecer objetivos comuns, o que deve ser a característica principal do trabalho em equipe.

Talvez o aspecto principal seja a inexistência de uma organização do processo de trabalho que favoreça e fortaleça a participação e utilização de todos os profissionais da equipe na prestação de Cuidado, pois como vimos o Cuidado à saúde nestes tempos de vigilância não pode mais ser prestado somente por um dos profissionais. Cuidado não significa somente visitas ou encontros, mas toda a forma de interação entre *a-Pessoa-que-busca-ajuda*, a Unidade e seus profissionais.

Pergunta 3 – O Sr.(a) considera que as pessoas atendidas sabem o nome de sua especialidade?	Conhecer as representações cognitivas das pessoas sobre a medicina de família e comunidade enquanto especialidade.	Identificação do MFC como um especialista, e da MFC como especialidade. Caracterização do perfil do MFC	MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE
---	--	---	----------------------------------

(Idéia Central 3) - A percepção da especialidade depende do problema que motiva a consulta.

(DSC-03M) - Eu acho que grande parte sabe. Acho que depende para o que eles vêm consultar, depende do problema. Dizem que eu sou ginecologista, porque eu atendo muita mulher, às vezes eles pensam que eu sou pediatra, às vezes eles pensam que sou psiquiatra, [...]. Eles dizem muito clínico geral, que eles pensam que é clínico. Existe assim um vício de informação dentro da unidade que considera o médico da família como um clínico geral, Nem as pessoas da equipe não sabem [...], quando o paciente vai procurar lá no guichê eles informam que tem que passar pelo clínico. Mas [...] acho que os pacientes que eu atendo, [...] acho que a grande maioria tem essa percepção da diferença, a gente tenta diferenciar. Quando perguntado a gente tenta mostrar para o paciente que é diferente.

Embora alguns médicos de família e comunidade acreditem que as pessoas sabem qual é sua especialidade, ao mesmo tempo outros identificam que a Pessoa ao ser atendida, relaciona a especialidade do médico ao problema que a faz buscar ajuda. Outro aspecto interessante é a constatação pelos profissionais de que na própria

recepção da Unidade é prestada a informação de que são “clínicos”. Aqui se pode fazer uma avaliação do processo de trabalho e atuação em equipe, onde a recepção ao produzir tecnologia relacional esta obtendo um produto insatisfatório ao prestar informação incorreta. Um aspecto positivo trazido é que os médicos de família acreditam que mesmo sem saber ao certo a especialidade, as pessoas identificam uma diferença de abordagem aos problemas, ao consultar com eles, comparando com outros especialistas.

Pergunta 4 – No seu entendimento que aspectos na abordagem aos problemas de saúde caracterizaria uma atuação centrada na Pessoa?	Conhecer as representações cognitivas e atitudinais dos profissionais sobre a abordagem centrada na Pessoa.	Abordagem pelo médico de experiências anteriores com doenças pessoais ou familiares. E com a doença atual. Realização de escuta ativa. Houve tempo de ser ouvido. Conseguiu falar tudo que desejava. Expectativa com o estar doente e suas conseqüências.	Conceito do MCCP
--	---	---	------------------

(Idéia Central 4) - A abordagem centrada na Pessoa é ver a Pessoa como um todo.

(DSC-04M) - Ah... Ver a Pessoa como um todo, né. Que não é só a clinica, [...] não é só aquela manchinha na pele ou não é só aquela dor de cabeça, [...] tem as avaliações socioeconômicas, culturais, familiares. Eu acho que conhecer a realidade do paciente. Estar atento a coisas que não só à queixa principal. É uma coisa mais simplificada, mas para mim simplificado significa a queixa do paciente dentro do contexto, daquele contexto que eu conheço ou que eu tento conhecer. A demanda que o paciente cria, e também as coisas que vem junto. Muitas vezes a gente inicialmente talvez não consiga oferecer essa abordagem mais ampla; não se dá assim num primeiro momento, né; a gente termina fazendo o nosso atendimento em longo prazo.

Percebe-se que existe uma concepção parcial do que é a abordagem centrada na Pessoa, ficando mais restrita ao primeiro e segundos componentes que tem relação com ver a Pessoa como um todo e criar vínculo. Mas os demais componentes não aparecem neste discurso. Também não fica evidente o uso da abordagem centrada na

Pessoa como um método, e mais como um conceito orientador para a relação médico-Pessoa.

Não existe no discurso a garantia de uma prática dentro de um modelo de abordagem, e “ver a Pessoa como um todo” representa uma sexta parte do método centrado na Pessoa.

<p>Pergunta 5 – Como o Sr.(a) descreveria o modo como conversou sobre o problema principal de saúde que motivou a consulta das seguintes pessoas atendidas hoje?</p> <p>5.1 - Foi conversado o suficiente?</p> <p>5.2 - O Sr.(a) ficou satisfeito?</p> <p>5.3 - Considera que ouviu tudo o que as pessoas gostariam de falar?</p> <p>5.4 – Conversou sobre como estas pessoas reagiram a outras situações de doença pessoal ou em familiares?</p> <p>5.5 – Conversou sobre como estão os sentimentos destas pessoas em relação ao fato de estar com problemas de saúde?</p> <p>5.6 – Abordou seus medos, expectativas em relação aos seus problemas de saúde?</p>	<p>Identificar representações atitudinais do componente do MCCP: “explorando a experiência das pessoas com a doença e a enfermidade”.</p>	<p>Confrontação entre os problemas <i>para a Pessoa</i> e os identificados <i>pelo o médico</i>.</p> <p>Espaço para “resumo” e reafirmação de que a Pessoa entendeu seu problema.</p>	<p>MCCP: Explorando a experiência com a doença e a enfermidade</p>
---	---	---	--

(Idéia Central 5) - Questão objetiva não exige muita conversa; quando a questão é complexa é preciso ouvir, conhecer.

(DSC-05M) - Para atender o paciente a gente leva muito tempo; a semana é grande e eu preciso ser muito rápida. E é claro que numa consulta a gente não vai conseguir abordar todo o problema. É que tem a vantagem de eu conhecer eles há muito tempo. Eu acho que não te importa tudo, por exemplo, mas relacionado à queixa eu acho que sim. Hoje veio ver o resultado do exame? Eu vejo só resultado do exame; ou uma questão bem objetiva, então não exigia muita conversa né, exigia mais um procedimento. Mas quando vejo que a Pessoa tem dificuldade ou que é mais complicada, é uma questão mais complexa então eu acho que sim. Por exemplo: ele veio por uma queixa aparentemente orgânica, mas por traz tinha uma história, uma história de perda, familiar, de luto, de anos; mas eu fiquei satisfeito acho que eu ouvi, eu conheci, pude transmitir alguma coisa e ele vai retornar, esse paciente. Espero que ele retorne para gente dar continuidade a esse processo, então dar rede de apoio - na família, nos amigos - e tentei despertar esse ‘insight’ assim.

Neste discurso novamente evidencia-se a ausência de uma sistematização do uso do método, embora procure se adequar a consulta ao motivo e perfil da Pessoa

atendida. Não aparece o uso sistemático de alguns componentes da abordagem centrada na Pessoa que influenciam diretamente no desfecho da consulta, tais como narrativa de doenças passadas, conseqüências da doença atual, incorporar prevenção, estabelecer plano comum, e fazer resumo do que foi visto e planejado. Evidencia-se uma forma de atendimento ainda voltado para a queixa, para o motivo aparente que trouxe a Pessoa, correndo-se com isso o risco de abordar a enfermidade (*disease*) e não a doença (*illness*) *da-Pessoa-que-busca-ajuda*. Ficando nas mãos da Pessoa sinalizar seu desejo de abordar outros temas, ou na dependência da astúcia do médico em perceber sinais desta necessidade. Isto pode ser resolvido com o uso sistemático de determinadas perguntas ou estímulos.

<p>Pergunta 6 – O Sr.(a) poderia comentar sobre como explicou sobre os problema(s) de saúde?</p> <p>6.1 – Buscou ter certeza com as pessoas de qual era o seu principal problema de saúde?</p> <p>6.2 – Buscou ajuda delas para definir qual era seu problema principal?</p> <p>6.2 – Considera que deu oportunidade para que as pessoas tirassem suas dúvidas?</p> <p>6.3 – Ao final buscou ter certeza de que as pessoas haviam entendido qual é seu problema de saúde?</p>	<p>Identificar representações atitudinais do componente do MCCP: “Elaborando um projeto comum ao médico e à Pessoa para manejar os problemas de saúde – definição do problema”.</p>	<p>Definição de responsabilidades no cuidado a saúde.</p>	<p>MCCP: Buscando um projeto comum ao médico e a Pessoa.</p>
---	---	---	--

(Idéia Central 6) - A queixa muitas vezes é a ponta do “iceberg” e o tempo é limitador para que dúvidas sejam tiradas.

(DSC-06M) - Sim, sim. Eu busquei ter certeza (do problema principal), pergunto o que ela acha, se ela concorda comigo, o que ela esta achando, [...] se ela tem preocupação ou acha que é outra coisa. Vem um pedido muito simples e ao redor um monte de situações que precisam de alguma interferência. Veio com uma queixa [...] e eu na minha opinião aquilo era a ponta do ‘iceberg’, [...] eu dei espaço e perguntei se [...] teria mais alguma questão; [...] tinha outras demandas paralelas, mas com certeza nem todos os problemas ficaram esclarecidos. Nem sempre é possível isso, por que às vezes falta tempo: é o telefone, é batida na porta, é... Não tem tempo, né. Tens que dar uma ‘corridinha’, mas aí deixa para a próxima vez, mas no possível a gente tenta. Não perguntaram, mas eu acho que tinha possibilidade se tivesse necessidade.

Neste discurso aparece uma preocupação em identificar as reais razões que motivaram a vinda à consulta, expressa pela frase: “Sim, sim. Eu busquei ter certeza (do problema principal”, o que é um aspecto fundamental dentro da abordagem centrada na Pessoa. Também fica evidente a necessidade de mais tempo nas consultas, e em alguns casos diminuição da pressão pela demanda através do redimensionamento da equipe, de redefinição da área abrangida, e reorganização do processo de trabalho.

<p>Pergunta 7 – O Sr.(a) poderia descrever sobre a parte da consulta em que falaram sobre as responsabilidades de cada um no cuidado à saúde?</p> <p>7.1 - Houve durante a consulta esta parte em que conversaram sobre o que cabe a cada um – médico e Pessoa – como responsabilidade no cuidado à saúde?</p>	<p>Identificar representações atitudinais do componente do M CCP: “Elaborando um projeto comum ao médico e à Pessoa para manejar os problemas de saúde – definição de papéis”.</p>	<p>Consegue identificar seu problema. Dificuldades no manejo da situação ficaram claras. Sabe os objetivos estabelecidos.</p>	<p>M CCP: Buscando um projeto comum ao médico e a Pessoa.</p>
--	--	---	---

(Idéia Central 7) - Eu entendo que a compreensão da orientação leve ao entendimento do paciente de que existe a necessidade dele se responsabilizar.

(DSC-07M) - Não, não exatamente assim, ó: a tua responsabilidade e a minha, né. Não, não, não teve esse momento [...], essa divisão, isso não foi feito. Hoje não, mas muito freqüentemente, [...] esse momento da consulta eu não sei se eu diferencio; é que eu tenho isso tão claro para mim. Eu acho que isso é automático, eu não distingo, [...] eu entendo que a compreensão da orientação leve ao entendimento do paciente de que existe a necessidade dele se responsabilizar. No caso, [...] eu vou orientar, [...] a conduta, a posologia, o uso da medicação quem tem que seguir a dieta é o paciente, quem tem que engolir o comprimido é o paciente, quem tem que fazer toda a parte prática, [...] isso tem, que ele vai entender que é obrigação dele e vai fazer em casa, né. No final da consulta eu com certeza reviso, olha o que tu vai fazer, Como se eu fizesse um resumo do que foi tratado. A gente se chateia, eu me chateio com esta falta de responsabilidade das pessoas com sua própria saúde. Os pacientes trancam, têm a tendência de não seguir direito, de não se responsabilizarem pelo tratamento, mas acabam não fazendo, ou só faz uma semana, mentem [...].

A partir do DSC acima fica clara a ausência de um método para garantir a abordagem centrada na Pessoa. Sem que haja um momento específico para definição

de papéis e estabelecimento de plano conjunto, um dos aspectos principais neste tipo de abordagem, com significância direta nos resultados. Uma das falas revela a responsabilização da *Pessoa-que-busca-ajuda* pelos resultados: “A gente se chateia, eu me chateio com esta falta de responsabilidade das pessoas com sua própria saúde. Os pacientes trancam, têm a tendência de não seguir direito, de não se responsabilizarem pelo tratamento, mas acabam não fazendo, ou só faz uma semana, mentem [...]”, enquanto sabe-se que muitas vezes isto acontece por não ter entendido claramente o que tem diagnosticado e o plano.

Aqui aparece uma postura médica “empoderada”, ainda muito dentro do modelo paternalista ou informativo, negando a Pessoa e sua Autonomia sobre o que e como quer fazer com seus problemas de saúde. Em geral a “não-aderência” decorre da falta de explicação, clareza, identificação de medos e argumentação do médico frente às recusas ou dificuldades em realizar o que esta sendo proposto.

<p>Pergunta 8 – O Sr.(a) poderia descrever como foi discutido o cuidado à saúde?</p> <p>8.1 – Considera que foi suficientemente esclarecedor?</p> <p>8.2 – Que discutiu sobre as possibilidades da Pessoa realizar o que estava sendo proposto?</p> <p>8.3 – Foi conversado sobre os objetivos a serem buscados para alcançar sucesso no cuidado à saúde de quem estava sendo atendido?</p>	<p>Identificar representações atitudinais do componente do MCCP: “Elaborando um projeto comum ao médico e à Pessoa para manejar os problemas de saúde – decidindo em conjunto”.</p>	<p>Participação da Pessoa no atendimento: escuta..</p>	<p>MCCP: Buscando um projeto comum ao médico e a Pessoa.</p>
---	---	--	--

(Idéia Central 8) - O objetivo é melhorar o bem estar dele.

(DSC-08M) - ãhan, ãhan! Sim, o objetivo é melhorar o bem estar dele. O que cabe a cada um e o que se quer alcançar né? Sim, eu acho que sim; dá para perceber na consulta que existia essa possibilidade e a compreensão, mas eu não cheguei a perguntar, e ele não chegou a responder verbalmente né, mas pela expressão dele eu acredito que ele deva ter pensado [...] vê a viabilidade daquilo que a gente insistiu de ser colocado em prática; [...] acho que isso foi uma coisa que mais eu senti [...]. Quando vejo que a Pessoa tem dificuldade ou que é mais complicada, eu coloco no papel, eu utilizo alguns instrumentos,

eu chamo alguém da família; às vezes eu trato a situação dela com outros familiares.

Este DSC de certa forma repete o que foi constatado no anterior. E fica identificada de parte do médico a percepção de que ao apresentar o manejo proposto para o problema fica claro para *a-Pessoa-que-busca-ajuda* quais os objetivos, e que se esta não questionou é porque concorda, e não terá dificuldades em realizar o tratamento.

<p>Pergunta 9 – O Sr.(a) poderia dizer o quanto conversou com as pessoas sobre assuntos pessoais, familiares ou profissionais que podem ter impacto na saúde?</p> <p>9.1 – O Sr.(a) considera que conversou o suficiente sobre a história de vida para conhecê-lo (a) bem?</p> <p>9.2 – Conversou sobre aspectos de sua vida tais como: emprego, família, lazer, dificuldades?</p> <p>9.3 – Você de alguma forma tentou estimular a Pessoa a falar sobre estes assuntos?</p> <p>9.4 – Ela tentou ou sinalizou que gostaria de falar sobre estes assuntos?</p> <p>9.5 - Como o Sr.(a) considera que reagiu?</p> <p>9.6 – Considera que não foi necessário, pois já o conhece bem?</p>	<p>Identificar representações atitudinais do componente do MCCP: “Entendendo a Pessoa de modo abrangente, inteira”.</p>	<p>A abordagem não foi restrita à Pessoa atendida</p>	<p>MCCP: Entendendo a Pessoa como um todo.</p>
--	---	---	--

(Idéia Central 9) - O tempo é um limitador, mas em algum momento acaba acontecendo... Eu não me sinto mais pressionada e ansiosa de ter que fazer em todas as consultas.

(DSC-09M) - Sim. Bastante até. Em algum momento, não em todas as consultas. Eu sei que algum momento eu vou fazer. Eu não me sinto mais pressionada e ansiosa de ter que fazer em todas as consultas; Não, não, não porque eu achei que não era o caso. Nessa época nós estamos fazendo atendimento da demanda né, então não houve. É eu acho que tudo na medida do possível, a gente é muito esmagado pela falta de tempo para fazer tudo o que se precisa fazer, mas eu acho que sim. Eu sei que isso para mim é importante. Eu acho que isso é o que me dá mais prazer na consulta, porque a consulta fica interessante se eu sei da questão contextual: da família, da questão assim da rede familiar, relacionamento amoroso, amigos, questão de trabalho.

No DSC-09M fica clara a valorização em conhecer e conversar sobre outros aspectos da Pessoa, mas também estabelece a percepção de que isto não necessita ser realizado sempre, que o tempo de consulta é um limitador, mas que ao longo do tempo, com repetidos contatos, vai ocorrer. Sabe-se que a continuidade e a longitudinalidade podem cumprir com esta função desde que ao longo dos contatos busque-se construir este conhecimento, embora haja o risco, de que focando na queixa e com o escasso tempo em geral disponível nas consultas, isto não se realize.

6.2 A CONSULTAGEM PERCEBIDA PELA PESSOA-QUE-BUSCA-AJUDA

Apresentamos no Quadro 6, um breve perfil das pessoas entrevistadas, o qual representa a demanda das Unidades do SSG-GHC: predomínio de adultos, grande percentual de idosos, maior frequência das mulheres, escolaridade e renda diversificada, tempo de moradia na área de abrangência significativo.

	Idade	Sexo	Estado Civil	Moradia (anos)	Renda (R\$)	Escolaridade*
P1	59	Fem	Solteira	30	1.000,00	Superior
P2	54	Fem	Viúva	5	NI	Fundamental
P3	62	Masc	Casado	31	3.000,00	Fundamental
P4	51	Masc	Casado	16	1.500,00	Fundamental
P5	37	Fem	Divorciada	15	650,00	Fundamental
P6	67	Fem	Divorciada	8	700,00	Fundamental
P7	57	Fem	Casada	34	1.600,00	Fundamental
P8	48	Fem	Casada	20	1.300,00	Fundamental
P9	23	Fem	Solteira	10	300,00	Fundamental
P10	37	Masc	Solteiro	12	NI	Médio
P11	36	Masc	Separado	36	1.000,00	Médio
P12	68	Fem	Solteira	10	NI	Fundamental
P13	57	Fem	Casada	34	1.100,00	Fundamental
P14	23	Fem	Casada	4	500	1º grau

Quadro 6 - Perfil das Pessoas Entrevistadas
 Fonte: Elabora pelo autor.

A exemplo do realizado na apresentação do DSC dos médicos, passaremos a apresentar os DSC produzidos a partir de cada pergunta realizada às pessoas, e para facilitar a leitura e um melhor entendimento, colocamos antes do DSC um “quadro recorte” com a pergunta orientadora da entrevista.

PERGUNTA	OBJETIVO	INDICADOR	CATEGORIA
Pergunta 1 – O Senhor (a) pode me explicar como faz para consultar nesta Unidade de Saúde? Explique melhor? 1.1 - Qual o tempo de demora para conseguir marcar uma consulta antecipada? E para o mesmo dia? 1.2 - Qual o tempo de espera para consultar? 1.3 - Quais as principais dificuldades que considera para ser atendido? 1.4 - Como é a recepção / acolhimento?	Conhecer o processo de acesso das pessoas ao cuidado à saúde.	O tempo de espera ser atendido em consulta programada. A existência de filas. O horário que tem que chegar para conseguir marcar consulta. Tem acesso ao médico para conversar.	ACESSO

(Idéia Central 1) - Já foi mais simples marcar consulta, agora existem reclamações.

(DSC-01P) - Quando eu vou consultar para o dia em que eu preciso realmente, levanto cinco e meia pra chegar aqui às seis horas e esperar; eu sou boa de esperar né, porque tudo que é lugar que a gente vai, tem que esperar. Mesmo que a gente vai ao particular a gente tem que esperar um monte, mas [...] Consegui marcar. Todo mundo foi [...] muito bem atendido, [...] na recepção, e tudo bem. E é muito bom aqui o atendimento. Agendo uma consulta com as gurias com o médico de minha preferência. A gente se trata sempre aqui no médico de família; já cria aquele vínculo assim; se não a gente fica desfilando de médico em médico. A gente vem e consulta no dia, ou então às vezes a gente marca de uma semana para outra e em caso de emergência no mesmo dia também. Depende do problema, da doença, porque se o problema é sério consulta no mesmo dia, na mesma hora. Qualquer hora que a gente precisou não teve dificuldade. A única coisa que a gente acha um pouco ruim é que tem que vir bem cedo. Porque são poucas consultas, e tem que ficar numa fila enorme, e não é fácil. Já foi mais simples, teve momentos em que foi muito mais simples de se conseguir a consulta, e eu não gosto é disso: antes dava para marcar por telefone. Tenho ouvido a reclamação das pessoas, e sempre complica quando as pessoas ficam muito agitadas, pois [...] tem que esperar muito tempo.

Um primeiro aspecto a ser ressaltado no DSC-01P é de que as pessoas reconhecem um bom atendimento na recepção da Unidade (“Todo mundo foi [...] muito bem atendido”), têm um vínculo estabelecido com os profissionais médicos. (“[...] já cria aquele vínculo assim; se não a gente fica desfilando de médico em médico) e conhecem o fluxo de acesso (“...já cria aquele vínculo assim; se não a gente fica desfilando de médico em médico”).

Mas ao utilizar o conceito de acesso fácil, que segundo o Idealized Design of Clinical Office (IDCOP) do Institute for Healthcare Improvement (IHI) pode ser expresso

da seguinte forma: “Eles me dão a ajuda que **eu quero** (e necessito) **quando** eu quero (e necessito) dela”, percebe-se que este acesso não é fácil, pois existem filas, as pessoas têm que chegar à Unidade em torno de 1 h 30 min antes do início do atendimento, e estão sujeitas ao risco de não conseguir agendar-se, tendo consciência de que são oferecidas menos consultas do que o necessário. O discurso mostra também, uma percepção de mudança na situação, de que antes era mais “simples” o acesso e hoje existem reclamações frente às dificuldades (“[...] ficar numa fila enorme, e não é fácil”).

De outro lado existe um certo conformismo de que é assim (“[...] porque tudo o que é lugar que a gente vai, tem que esperar. Mesmo que a gente vai ao particular a gente tem que esperar um monte”) demonstrando falta de Autonomia das pessoas na busca do seu Cuidado frente ao Sistema de Saúde, que segundo a Constituição deve proporcionar acesso Universal e gratuito.

<p>Pergunta 2 – Quando o Sr.(a) busca atendimento nesta Unidade, em geral é atendido por qual profissional?</p> <p>2.1 - Poderia descrever, caso tenha acontecido, uma situação em que o médico pediu ajuda ou encaminhou o Sr.(a) a outro profissional desta Unidade para resolver seu problema?</p>	<p>Conhecimento das representações atitudinais sobre o trabalho em equipe</p>	<p>Há consultoria entre os médicos da Unidade. Há consultoria entre os profissionais de Unidade. Há delegação de tarefas entre os profissionais.</p>	<p>PROCESSO DE TRABALHO: trabalho em equipe</p>
---	---	--	---

(Idéia Central 2) - A busca é por atendimento médico, a enfermagem é usada para procedimentos.

(DSC-02P) - Quando eu marco atendimento eu venho com a recepcionista e depois eu venho direto para ser atendida com quem eu marquei. Normalmente a gente sempre é atendida [...] sempre médico. Geralmente o médico. [...] sempre é o médico que atende a família. Depois de ele me atender, passar para outro? Não. Já por causa de problema de pressão, o peso, [...] vacina, procuro a enfermagem. Geralmente a enfermeira só quando era indicado pelo médico; a psicóloga só agora.

Na percepção das pessoas entrevistadas o Cuidado em saúde ainda se dá a partir do atendimento médico, e pelos seus relatos percebe-se que no processo de trabalho das equipes ainda não aparece a multidisciplinaridade de forma intensa, organizada e contínua como seria desejável. Isto certamente tem uma repercussão nos resultados que poderiam ser alcançados, e na sobrecarga dos profissionais médicos com seu envolvimento em situações que poderiam ser resolvidas por outros profissionais. Outro aspecto, além da organização do trabalho e formação profissional, que contribui para que isto ocorra, são questões culturais da população, que ainda têm o médico como depositário único do conhecimento das questões de saúde.

<p>Pergunta 3 – O Sr.(a) sabe o nome da especialidade do médico que o atendeu nesta Unidade?</p> <p>3.1 - Como o Sr.(a) descreveria a especialidade do médico que o atendeu nesta Unidade?</p> <p>3.2 – O Sr.(a) poderia descrever o que diferencia este médico de outros que já lhe atenderam?</p>	<p>Conhecer as representações cognitivas das pessoas sobre a medicina de família e comunidade enquanto especialidade.</p>	<p>Identificação do MFC como um especialista, e da MFC como especialidade.</p> <p>Caracterização do perfil do MFC</p>	<p>Medicina de Família e Comunidade</p>
---	---	---	---

(Idéia Central 3) - Medicina de Família não é uma especialidade.

(DSC-03P) - Especialidade... Todos têm uma especialidade e nunca perguntei. A especialidade deles eu acho que é... Medicina interna, clínica geral, é? Eu acho que [...] é clinica geral, me parece que [...] é clinica geral, não sei. Eu sempre achei como clinico geral, mas não sei se está certo. [...] Eu acho que é ginecologia, não? É cardiologista? Não tenho certeza da especialidade. Eu sei que [...] é doutor do posto de saúde né?

Acho que é familiar que chamam né, doutor da família. Toda a família. Até sogra. Investiga tudo o que a gente se queixa [...]; esta sempre investigando assim, e sempre soluciona logo os problemas. [...] são mais abrangentes, vêm do lado psicológico até o lado médico mesmo; dão mais atenção para a Pessoa e procuram conhecer a Pessoa mais a fundo, dão um tempo da Pessoa se mostrar como ela é sem ter aquela necessidade de ter, muitas vezes, que já medicar para ver qual o resultado; [...] O lado médico, eu acho que eles são competentes tanto como qualquer outro que eu já vi [...] Tem muita diferença, [...] aqui eles procuram saber realmente o que tu tens, eles te informam, te explicam; às vezes a gente não sabe, não entende, como eles são especializados nisso eles explicam; para a gente sair daqui com uma idéia clara do que é que a gente tem e o que a gente procura; [...] eles são muitos carinhosos, [...] são assim como se fossem pessoas de casa, [...] a gente se sente à vontade com eles, [...] e a gente confia [...] Sim, é medicina de família que a gente diz, mas o senhor pediu especialmente a especialidade.

Fica evidente o desconhecimento da Medicina de Família como especialidade, e da confusão com a clínica geral. E existe aqui a confirmação da percepção dos médicos de família entrevistados, de que as pessoas relacionam especialização do médico que as atendeu ao problema de saúde que as trouxe. Pode-se perceber que falam da “*Medicina de Família*”, “*Família*” como uma entidade, alguma forma de convênio ou programa que presta assistência, mas não identificam ou relacionam o médico que atua como um especialista nesta área, e com o que representa em termos de abordagem. Positivamente, também confirmam a impressão apresentada pelos médicos de família em seu DSC, e percebem a diferença de abordagem quando comparam o médico de família e comunidade (*atenciosos, carinhosos*) com outros especialistas.

<p>Pergunta 4 – Como o Sr.(a) descreveria o modo como o médico conversou sobre o problema principal de saúde que motivou a consulta?</p> <p>4.1 - Foi conversado o suficiente?</p> <p>4.2 - O Sr.(a) ficou satisfeito?</p> <p>4.3 - Considera que o médico ouviu tudo o que o Sr.(a) gostaria de falar?</p> <p>4.4 – O médico conversou sobre como o Sr.(a) reagiu a outras situações de doença pessoal ou em familiares?</p> <p>4.5 – O médico conversou sobre como estão seus sentimentos em relação ao fato de estar com problemas de saúde?</p> <p>4.6 – O médico verificou seus medos, expectativas em relação aos seus problemas de saúde?</p>	<p>Identificar representações atitudinais do componente do MCCP: “explorando a experiência das pessoas com a doença e a enfermidade”.</p>	<p>Abordagem pelo médico de experiências anteriores com doenças pessoais ou familiares. E com a doença atual.</p> <p>Realização de escuta ativa. Houve tempo de ser ouvido. Conseguiu falar tudo que desejava.</p> <p>Expectativa com o estar doente e suas conseqüências.</p>	<p>MCCP: Explorando a experiência com a doença e a enfermidade</p>
--	---	--	--

(Idéia Central 4) - O Médico de Família e Comunidade ouve, estimula a falar, tira dúvidas, explica, mas....

(DSC-04P) - [...] **chegou a conversar contigo sobre assim os teus medos ou expectativas em relação ao problema de saúde que tu veio consultar hoje?** Ouviu tudo o que eu gostaria de falar, e me senti à vontade; e ainda ela me perguntou alguma coisa que eu nem lembrava de falar, me deu todas as informações [...] Eu falei das minhas dúvidas e ela me deu as informações

dentro da medida do possível. É que não era bem um problema de saúde. A conversa, o exame [...], acho que foi satisfatório. Tirou-me meu medo, disse que não era..., que não tinha problema. É estava realmente em dúvida sobre esse exame que eu fiz. [...] não tem pressa se tiver que conversar uma hora..., [...] me escuta, conversa. Não tem amigos para conversar, então tem que falar para os doutores. Não sei se outros médicos [...] que quase a gente não se vê assim... [...] **que conseqüências estava tendo essa doença na tua atividade...?** Não, não. Não. Não, sobre isso [...] não conversou, mas me explicou muito bem de uma forma que a gente entende bem as coisas, porque dizem certas palavras que a gente não sabe o que significa e [...] então a gente procura uma coisa que a gente possa entender.

A partir deste discurso identifica-se que o médico de família e comunidade, desenvolve, ou busca desenvolver, relação empática com as pessoas, que ficaram satisfeitas com sua abordagem de escuta ativa, oportunidade para perguntas e uso de linguagem adequada.

Mas no que se refere à abordagem centrada na Pessoa, não contempla aspectos relevantes para um melhor conhecimento e entendimento da Pessoa, tais como a experiência com a doença, experiências passadas pessoais e familiares com adoecer, e verificação das expectativas da Pessoa com o atendimento e evolução de seu problema. Para conhecer a Pessoa é importante ter a narrativa de suas situações prévias de doença.

<p>Pergunta 5 – O Sr.(a) poderia comentar sobre como o médico explicou sobre seu(s) problema(s) de saúde?</p> <p>5.1 – O médico buscou ter certeza de qual era o seu principal problema de saúde?</p> <p>5.2 – O médico buscou sua ajuda para definir qual era seu problema principal?</p> <p>5.2 – O Sr.(a) teve oportunidade de tirar suas dúvidas?</p> <p>5.3 - O médico buscou ter certeza de que o Sr(a) havia entendido qual é seu problema de saúde?</p>	<p>Identificar representações atitudinais do componente do M CCP: “Elaborando um projeto comum ao médico e à Pessoa para manejar os problemas de saúde – definição do problema”.</p>	<p>Confrontação entre os problemas <i>para a Pessoa</i> e os identificados <i>pelo o médico</i>.</p> <p>Espaço para “resumo” e reafirmação de que a Pessoa entendeu seu problema.</p>	<p>M CCP: Buscando um projeto comum ao médico e a Pessoa.</p>
---	--	---	---

(Idéia Central 5) - Não existe consenso, mas parece que há busca de definição....

(DSC-05P) – [...] chegou a explicar bem qual era o teu problema principal, se tu ficou com alguma dúvida, se ela procurou ter certeza, se você entendeu bem qual era o teu problema principal... Não ela só quis saber como eu estou para depois dizer se eu tenho mais alguma coisa Não, a gente conversou às vezes eu venho com vários problemas.

[...] tiveram a concordância sobre qual era o problema principal? Sim. Sim, sim com certeza. Com certeza. [...] sim, se não eu estaria lá até agora... [...] acho que foi correto, acho que foi correto e direto, [...] por isso que a gente foi mais a fundo, depois os outros detalhezinhas menores a gente conversou depois; [...] Explica, explica bem e além de me explicar [...] ainda escreve como tomar, como tirar os remédios, até está aqui no papel, porque eu esqueço muito. Entendi. E fiquei contente.

Neste DSC fica evidente a inexistência de um consenso sobre a abordagem realizada no que se refere à definição conjunta do médico e da Pessoa sobre que é seu problema de saúde. Chama atenção na segunda parte do DSC de que há entendimento das pessoas de que houve a preocupação por parte do médico em definir conjuntamente o problema, e que isto talvez tenha sido baseado no fato do médico ter explicado bem o manejo a ser realizado.

A importância em definir o problema conjuntamente tem há ver com a Autonomia da Pessoa, e está diretamente relacionada em que baseado em ter claro o problema ela poderá participar da elaboração do plano e poderá tomar decisões sobre o manejo que seja mais adequado.

<p>Pergunta 6 - O Sr.(a) poderia descrever sobre a parte da consulta em que falaram sobre as responsabilidades de cada um no cuidado à saúde?</p> <p>6.1 - Houve esta parte em que o médico conversou sobre o que cabe a cada um – médico e Pessoa – como responsabilidade no cuidado à saúde?</p>	<p>Identificar representações atitudinais do componente do MCCP: “Elaborando um projeto comum ao médico e à Pessoa para manejar os problemas de saúde – definição de papéis”.</p>	<p>Definição de responsabilidades no cuidado a saúde.</p>	<p>MCCP: Buscando um projeto comum ao médico e a Pessoa.</p>
--	---	---	--

(Idéia Central 6) - Não existem momentos específicos, explícitos, para responsabilidades e objetivos.

(DSC-06P) – [...] houve uma parte na consulta em que [...] e tu falaram sobre, qual era a responsabilidade de cada um no cuidado, de cada um no tratamento, para que tu melhores? Não, ainda não. Não, a gente não discutiu. Não, [...] me receitou remédio e me deu uma receita... Não, não, mas

isso mais ou menos já se coloca né, isso já é uma coisa meio [...] Já está colocada ali. [...] **estabeleceu uma série de objetivos contigo?**

Ahan, sim a gente se falou, deixou tudo bem direitinho; as instruções [...] de explicar para que tudo desse certo, e as minhas que eu teria que fazer para que tudo desse certinho. É [...] conversou comigo... Foi com o remédio, [...] me dá os remédios e conversamos direitinho, de objetivos, [...] explicou tudo para me ajudar, que tomar os remédios, como eu tenho que fazer. O mesmo que uma criança indo para o colégio, o que uma criança faz? Vai para o colégio para aprender a ler, a mesma coisa [...] faz comigo. Mas enquanto [...] estiver mandando tomar, eu estou tomando e estou indo muito bem.

O DSC-06P mostra que não existe um momento definido para discussão das responsabilidades no Cuidado, ficando subentendido que se o médico explicou direitinho, “dando uma consulta” (“O mesmo que uma criança indo para o colégio, o que uma criança faz? Vai para o colégio para aprender a ler, a mesma coisa [...] faz comigo”) a Pessoa fará e terá claras suas responsabilidades. No entanto, a não ser que “seja feita uma consulta”, através de trocas, com discussão sobre a viabilidade do que esta sendo proposto, os resultados não estarão assegurados, o que depois será chamado de “falta de aderência”. Novamente aqui se faz necessário relacionar com a Autonomia (“Mas enquanto [...] estiver mandando tomar, eu estou tomando e estou indo muito bem”) onde o médico determina o que e como deve ser realizado.

<p>Pergunta 7 – O Sr.(a) poderia descrever como foi discutido o cuidado à saúde?</p> <p>7.1 - Foi suficientemente esclarecedor?</p> <p>7.2 - O médico discutiu sobre as possibilidades do Sr.(a) realizá-lo?</p> <p>7.3 - Foi perguntado sobre suas dificuldades em realizar o que foi proposto para cuidar de sua saúde?</p> <p>7.4 – Foi conversado sobre os objetivos a serem buscados para alcançar sucesso no cuidado à sua saúde?</p>	<p>Identificar representações atitudinais do componente do MCCP: “Elaborando um projeto comum ao médico a à Pessoa para manejar os problemas de saúde – decidindo em conjunto”.</p>	<p>Consegue identificar seu problema.</p> <p>Dificuldades no manejo da situação ficaram claras.</p> <p>Sabe os objetivos estabelecidos.</p>	<p>MCCP: Buscando um projeto comum ao médico e a Pessoa.</p>
---	---	---	--

(Idéia Central 7) - Não existe momento específico ou explícito, para viabilidade do tratamento ou manejo.

(DSC-07P) - **Em relação ao que foi proposto como tratamento, foi discutido se tu terias... Teve um momento para isto?** Não, Não, não tem. Não especificamente, Não, não, completamente ainda não. [...] **foi**

suficientemente conversado e explicado? Sim, foi plenamente satisfatório. Mandou chamar eles, conversou com meus familiares, com meus filhos uma vez com cada um, com meu marido para eles aceitar e acreditar que é uma doença. Explicou sim claro. Todo esse trabalho com a minha família. Eu fico a vontade com ela e qualquer problema que tenho eu falo para ela, e digo alguma coisa para ela se eu for atendida por outro médico também eu falo. Porque ela tem que saber para me ajudar.

O DSC-07P reforça as idéias identificadas nos DSC-05P e DSC-06P, apontando de que não houve nos atendimentos uma sistematização do processo de consulta que garanta a realização deste que é sem dúvida o aspecto principal da abordagem centrada na Pessoa, representado pelo terceiro componente: *Buscando um projeto comum ao médico e a Pessoa*, onde o uso das categorias Pessoa e Autonomia são fundamentais para um desfecho satisfatório e diferenciado das abordagens tradicionais, na busca de um Cuidado efetivo.

<p>Pergunta 8 – O Sr.(a) poderia dizer o quanto o médico conversou sobre assuntos pessoais, familiares ou profissionais?</p> <p>8.1 – O Sr.(a) considera que o médico conversou o suficiente sobre sua história de vida para conhecê-lo (a) bem?</p> <p>8.2 – O médico conversou sobre aspectos de sua vida tais como: emprego, família, lazer, dificuldades?</p> <p>8.3 – O Sr.(a) de alguma forma tentou falar com o médico sobre estes assuntos?</p> <p>8.4 – Como o Sr.(a) considera que o médico reagiu?</p> <p>8.2 – Considera que não foi necessário, pois o médico já o conhece bem?</p> <p>8.3 - Pode citar um exemplo de situação deste tipo que tenha ocorrido?</p>	<p>Identificar representações atitudinais do componente do MCCP: “Entendendo a Pessoa de modo abrangente, inteira”.</p>	<p>A abordagem não foi restrita à Pessoa atendida.</p>	<p>MCCP: Buscando um projeto comum ao médico e a Pessoa.</p>
--	---	--	--

(Idéia Central 8) - Devido ao tempo, a consulta foi só o que a gente precisa

mesmo.

(DSC-08P) - Ah! [...] sempre pergunta por [...] me perguntou [...] notícias. Foi bem simpático, dentro da medida do possível, porque o médico no consultório [...] com muita gente lá fora [...]; atendeu muito bem até, mesmo com tempo curto. Tenho vontade de desabafar [...] né, mas não tenho muito, porque médico também tem os problemas dele, e eu tenho os meus. Mas se falasse [...] acho que acharia um tempo para mim. Não, não fica só no problema da

doença. [...] me deu total liberdade para poder falar o que poderia estar me incomodando. [...] **sobre sua atividade profissional, sobre lazer?** Não. Não, nada, nada. Não, não de momento não. Não, não, porque só consultei para orientação, foi bem rápido. Sobre a minha vida Pessoa? Não. Só da parte dele que vai entrar de férias hoje (risos). Não, no meu entender até para não congestionar [...] vai prender muito tempo do médico. É muita gente buscando atendimento, é difícil conseguir, então quando a gente consegue, a gente também tem que deixar espaço para os outros. [...] ouve um problema mais sério e já trouxe uns dois ou três, como complemento para ela ver o que é... [...] quando [...] não está muito tumultuado, eu pergunto as coisas mais necessárias [...].

Aqui é introduzido um aspecto novo, com as pessoas intervindo na duração da consulta, tendo em vista sua percepção de que o tempo é curto e tem muita gente para ser atendida e também por considerar que desabafar com o médico não faz parte do cardápio de serviços oferecidos na consulta. Fica claro que para as pessoas, consulta é para tratar de enfermidades (*disease*). Ao mesmo tempo aparece a percepção de que se necessitasse ou sinalizasse ao médico sobre sua vontade ou necessidade de falar sobre família, lazer e outros problemas haveria abertura. Esta questão é interessante, pois em geral não aparece nos textos sobre processo de trabalho esta capacidade de ingerência de quem esta sendo atendido em definir o tempo disponibilizado. Num gesto que pode ser interpretado de formas diversas, sendo um deles de uma ação “solidária”, buscando dividir o tempo do médico, usando-o para o essencial, de modo que todos da sala de espera possam ser atendidos. Novamente aqui se evidencia a importância das categorias Pessoa e Autonomia, com sua liberdade e ação.

Este DSC alerta que o fato de não haver uma sistematização, em buscar conhecer a família, o lazer, o trabalho das pessoas, traz limitações à abordagem médica, tendo em vista que nestes aspectos podem estar os determinantes, os agravantes, ou situações que possam interferir com um melhor manejo da doença (*illness*).

CATEGORIA	IC e DSC - Médicos	IC e DSC - Pessoas	COMENTÁRIOS
<p>ACESSO</p>	<p>Existem maiores facilidades de acesso do que em outros serviços (Idéia Central 1).</p> <p>(DSC-01M) – “Para ser atendida a Pessoa têm que estar cadastrada aqui. Marcam a consulta, e elas podem retornar após alguma consulta, com o médico dando retorno. O sistema que normalmente a gente usa é: marcação de consultas com agendamentos (programadas) até 30 dias [...] que corresponde a 50% da oferta, e 50% para as consultas do dia [...] que é para situações mais de urgência (dor, mal-estar), [...] situações que têm ser vistas no dia porque senão corre o risco de ter uma piora do paciente.”</p> <p>“As dificuldades [...]: termos poucas consultas. E nós temos poucos médicos [...] ouço críticas em relação a filas. Mas eu acho que pela demanda que a gente tem, a gente percebe que existe uma facilidade de acesso; [...] acho que tem mais facilidades do que em outros serviços; [...] a gente sempre tenta dar uma resposta para o paciente. Sempre se consegue dar uma resposta ou tenta-se resolver o problema ou solução para isso. Ou pelo menos dar uma satisfação. É mais fácil à gente atender do que dizer não. Eventualmente a gente vai ter que dizer não, mas acho que está razoável; o pessoal [...] tem atendido bem. Talvez as pessoas precisassem de mais consultas assim e elas não estão consultando porque aquela consulta foi para outra Pessoa que tem uma prioridade menor e algumas pessoas se utilizam mais do serviço de saúde do que outras.”</p> <p>Pelo DCS-01M podemos constatar que existe percepção de dificuldades no acesso, com criação de filas e manifestação de insatisfação das pessoas,</p>	<p>Já foi mais simples marcar consulta, agora existem reclamações (Idéia Central 1).</p> <p>(DSC-01P) – “Quando eu vou consultar para o dia em que eu preciso realmente, levanto cinco e meia pra chegar aqui às seis horas e esperar; eu sou boa de esperar né, porque tudo que é lugar que a gente vai, tem que esperar. Mesmo que a gente vai ao particular a gente tem que esperar um monte, mas [...] Consegui marcar. Todo mundo foi [...] muito bem atendido, [...] na recepção, e tudo bem. E é muito bom aqui o atendimento. Agendo uma consulta com as gurias com o médico de minha preferência. A gente se trata sempre aqui no médico de família; já cria aquele vínculo assim; se não a gente fica desfilando de médico em médico. A gente vem e consulta no dia, ou então às vezes a gente marca de uma semana para outra e em caso de emergência no mesmo dia também. Depende do problema, da doença, porque se o problema é sério consulta no mesmo dia, na mesma hora. Qualquer hora que a gente precisou não teve dificuldade. A única coisa que a gente acha um pouco ruim é que tem que vir bem cedo. Porque são poucas consultas, e tem que ficar numa fila enorme, e não é fácil. Já foi mais simples, teve momentos em que foi muito mais simples de se conseguir a consulta, e eu não gosto é disso: antes dava para marcar por telefone. Tenho ouvido a reclamação das pessoas, e sempre complica quando as pessoas ficam muito agitadas, pois [...] tem que esperar muito tempo.”</p> <p>Um primeiro aspecto a ser ressaltado no DSC-01P é de que as pessoas reconhecem um bom atendimento na recepção da Unidade (“Todo mundo foi [...] muito bem atendido”), têm um vínculo</p>	<p>A comparação entre DSC de médicos e Pessoas revela que ambos grupos identificam dificuldades de acesso, expressas pela existência de filas, oferta de consultas menor que a demanda, e dificuldades de manter continuidade com o mesmo profissional.</p>

	<p>sendo isto atribuído ao número insuficiente de oferta de consultas médicas, devido ao número insuficiente de médicos proporcionalmente à população das áreas abrangidas, não havendo referência à organização do processo de trabalho ou ao trabalho em Equipe.</p> <p>Percebe-se pela fala dos profissionais entrevistados, em seu compromisso e vínculo com a população, com tentativas de minimizar as conseqüências da dificuldade de acesso, através da busca de “[...] pelo menos dar uma satisfação”. Há também de parte dos profissionais um questionamento se existe equidade no atendimento, se quem mais precisa é quem esta sendo atendido. Ou seja, se a equidade não esta sendo comprometida pela dificuldade no acesso, sendo este um aspecto fundamental em termos de prevenção e redução de danos à saúde.</p> <p>Outro fato importante que se percebe, é que as dificuldades de acesso nas Unidades pesquisadas existem, embora sendo de intensidades e repercussões diferentes em cada uma. Também cabe ressaltar, o fato de que apesar das dificuldades no acesso existentes no SSC, no geral do sistema de saúde, as dificuldades de são ainda maiores (“[...] acho que tem mais facilidades do que em outros serviços”), o que de certa forma “conforta” a equipe, e que pela desproporção entre recursos e população em algumas unidades, consideram até que existe uma “facilidade” (“[...] pela demanda que a gente tem, a</p>	<p>estabelecido com os profissionais médicos e conhecem o fluxo de acesso. (“[...] já cria aquele vínculo assim; se não a gente fica desfilando de médico em médico”).</p> <p>Mas ao utilizar o conceito de acesso fácil, que segundo o Idealized Design of Clinical Office (IDCOP) do Institute for Healthcare Improvement (IHI) pode ser expresso da seguinte forma: “<i>Eles me dão a ajuda que eu quero (e necessito) quando eu quero (e necessito) dela</i>”, percebe-se que este acesso não é fácil, pois existem filas, as pessoas têm que chegar à Unidade em torno de 1:30 horas antes do início do atendimento, e estão sujeitas ao risco de não conseguir agendar-se, tendo consciência de que são oferecidas menos consultas do que o necessário. O discurso mostra também, uma percepção de mudança na situação, de que antes era mais “simples” o acesso e hoje existem reclamações frente às dificuldades (“[...] ficar numa fila enorme, e não é fácil”).</p> <p>De outro lado existe um certo conformismo de que é assim (porque tudo o que é lugar que a gente vai, tem que esperar. Mesmo que a gente vai ao particular a gente tem que esperar um monte) demonstrando falta de Autonomia das pessoas na busca do seu Cuidado frente ao Sistema de Saúde, que segundo a Constituição deve proporcionar acesso Universal e gratuito.</p>	
--	--	--	--

	gente percebe que existe uma facilidade de acesso” no atendimento).		
PROCESSO DE TRABALHO	<p>Trabalhar em equipe é a solidariedade de buscar soluções. Ainda é pouco! (Idéia Central 2).</p> <p>(DSC- 02M) – “Existe. Vamos dizer assim: não uma quantidade grande, como tem muito poucos profissionais. Mas tem casos em que a gente se divide. Trabalhar em equipe é justamente essa troca que a gente tem na discussão de caso, nas próprias reuniões de equipe, no trabalho em grupo; e de conhecer e trocar informações sobre os pacientes; chama um para ajudar numa avaliação ou sugerir alguma hipótese diagnóstica; acabam me encaminhando todos os casos de saúde mental ou que eles têm dificuldade, encaminho muito para as enfermeiras, peço muita ajuda para a odonto. Olha sinceramente, trabalhar em equipe, é a solidariedade de buscar soluções.”</p> <p>No processo de trabalho em APS o desempenho em equipe é fundamental devido a multifatorialidade causal dos problemas trazidos pelas pessoas. E percebe-se pelo discurso apresentado que existem dificuldades neste sentido no SSC-GHC, talvez oriundas da sua trajetória histórica no que se refere à composição das equipes – centrada no médico, embora hoje todas Unidades contam com enfermeiras, a maioria tem odontólogo, e todas tem psicólogo ou assistente social –, das dificuldades institucionais de corrigir esta distorção efetivamente estruturando equipes multidisciplinares, e provavelmente também das deficiências de formação dos profissionais da área</p>	<p>A busca é por atendimento médico, a enfermagem é usada para procedimentos (Idéia Central 2).</p> <p>(DSC-02P) – “Quando eu marco atendimento eu venho com a recepcionista e depois eu venho direto para ser atendida com quem eu marquei. Normalmente a gente sempre é atendida [...] sempre médico. Geralmente o médico. [...] sempre é o médico que atende a família. Depois de ele me atender, passar para outro? Não. Já por causa de problema de pressão, o peso, [...] vacina, procuro a enfermagem. Geralmente a enfermeira só quando era indicado pelo médico; a psicóloga só agora.”</p> <p>Na percepção das pessoas entrevistadas o Cuidado em saúde ainda se dá a partir do atendimento médico, e pelos seus relatos percebe-se que no processo de trabalho das equipes ainda não aparece a multidisciplinaridade de forma intensa, organizada e contínua como seria desejável. Isto certamente tem uma repercussão nos resultados que poderiam ser alcançados, e na sobrecarga dos profissionais médicos com seu envolvimento em situações que poderiam ser resolvidas por outros profissionais. Outro aspecto, além da organização do trabalho e formação profissional, que contribui para que isto ocorra, são questões culturais da população, que ainda têm o médico como depositário único do conhecimento das questões de saúde.</p>	<p>Com relação ao trabalho em equipe, médico e pessoas revelam que o processo de trabalho ainda esta muito centrado no médico, que funciona como “acesso” ao cardápio de ofertas das Unidades de Saúde.</p>

	<p>da saúde para o trabalho em equipe. Este fato além de reduzir a efetividade das intervenções, corre o risco de fragmentar o Cuidado.</p> <p>Cabe ressaltar que o projeto que originou o SSC-GHC, em 1982, previa equipes multidisciplinares, e desde então esta tem sido uma constante busca pela Coordenação do serviço, sempre limitada pela conjuntura política e econômica.</p> <p>Percebe-se que existe uma tentativa de um trabalho em equipe mais intenso, mas que esbarra nas dificuldades já citadas, cuja tentativa de superação se dá através de mecanismos de “[...] troca que a gente tem na discussão de caso, nas próprias reuniões de equipe, no trabalho em grupo; e de conhecer e trocar informações sobre os pacientes”, e “solidariedade de buscar soluções” para estabelecer objetivos comuns, o que deve ser a característica principal do trabalho em equipe.</p> <p>Talvez o aspecto principal seja a inexistência de uma organização do processo de trabalho que favoreça e fortaleça a participação e utilização de todos os profissionais da equipe na prestação de Cuidado, pois como vimos o Cuidado à saúde nestes tempos de vigilância não pode mais ser prestado somente por um dos profissionais. Cuidado não significa somente visitas ou encontros, mas toda a forma de interação entre <i>a-Pessoa-que-busca-ajuda</i>, a Unidade e seus profissionais.</p>		
--	--	--	--

<p>MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE</p>	<p>A percepção da especialidade depende do problema que motiva a consulta (Idéia Central 3).</p> <p>(DSC-03M) – “Eu acho que grande parte sabe. Acho que depende para o que eles vêm consultar, depende do problema. Dizem que eu sou ginecologista, porque eu atendo muita mulher, às vezes eles pensam que eu sou pediatra, às vezes eles pensam que sou psiquiatra, [...]. Eles dizem muito clínico geral, que eles pensam que é clínico. Existe assim um vício de informação dentro da unidade que considera o médico da família como um clínico geral, Nem as pessoas da equipe não sabem [...], quando o paciente vai procurar lá no guichê eles informam que tem que passar pelo clínico. Mas [...] acho que os pacientes que eu atendo, [...] acho que a grande maioria tem essa percepção da diferença, a gente tenta diferenciar. Quando perguntado a gente tenta mostrar para o paciente que é diferente.”</p> <p>Embora alguns médicos de família e comunidade acreditem que as pessoas sabem qual é sua especialidade, ao mesmo tempo outros identificam que a Pessoa ao ser atendida, relaciona a especialidade do médico ao problema que a faz buscar ajuda. Outro aspecto interessante é a constatação pelos profissionais de que na própria recepção da Unidade é prestada a informação de que são “clínicos”. Aqui se pode fazer uma avaliação do processo de trabalho e atuação em equipe, onde a recepção ao produzir tecnologia relacional esta obtendo um produto insatisfatório ao prestar informação incorreta. Um aspecto positivo trazido é</p>	<p>Medicina de Família não é uma especialidade (Idéia Central 3).</p> <p>(DSC-03P) – “Especialidade... Todos têm uma especialidade e nunca perguntei. A especialidade deles eu acho que é... Medicina interna, clínica geral, é? Eu acho que [...] é clinica geral, me parece que [...] é clinica geral, não sei. Eu sempre achei como clinico geral, mas não sei se está certo. [...] Eu acho que é ginecologia, não? É cardiologista? Não tenho certeza da especialidade. Eu sei que [...] é doutor do posto de saúde né?”</p> <p>“Acho que é familiar que chamam né, doutor da família. Toda a família. Até sogra. Investiga tudo o que a gente se queixa [...]; esta sempre investigando assim, e sempre soluciona logo os problemas. [...] são mais abrangentes, vêm do lado psicológico até o lado médico mesmo; dão mais atenção para a Pessoa e procuram conhecer a Pessoa mais a fundo, dão um tempo da Pessoa se mostrar como ela é sem ter aquela necessidade de ter, muitas vezes, que já medicar para ver qual o resultado; [...] O lado médico, eu acho que eles são competentes tanto como qualquer outro que eu já vi [...] Tem muita diferença, [...] aqui eles procuram saber realmente o que tu tens, eles te informam, te explicam; às vezes a gente não sabe, não entende, como eles são especializados nisso eles explicam; para a gente sair daqui com uma idéia clara do que é que a gente tem e o que a gente procura; [...] eles são muitos carinhosos, [...] são assim como se fossem pessoas de casa, [...] a gente se sente à vontade com eles, [...] e a gente confia [...] Sim, é medicina de família que a gente diz, mas o senhor pediu especialmente a especialidade.”</p> <p>Fica evidente o desconhecimento da Medicina de Família como especialidade, e da confusão com a clinica geral. E existe aqui a confirmação da</p>	<p>Os DSC revelam concordância sobre o desconhecimento da especialidade Medicina de Família e Comunidade, e se confirma a impressão dos <i>mfc</i> de que as Pessoa relacionam a especialidade com a queixa que motivou o atendimento.</p>

	<p>que os médicos de família acreditam que mesmo sem saber ao certo a especialidade, as pessoas identificam uma diferença de abordagem aos problemas, ao consultar com eles, comparando com outros especialistas.</p>	<p>percepção dos médicos de família entrevistados, de que as pessoas relacionam especialização do médico que as atendeu ao problema de saúde que as trouxe. Pode-se perceber que falam da “<i>Medicina de Família</i>”, “<i>Família</i>” como uma entidade, alguma forma de convênio ou programa que presta assistência, mas não identificam ou relacionam o médico que atua como um especialista nesta área, e com o que representa em termos de abordagem. Positivamente, também confirmam a impressão apresentada pelos médicos de família em seu DSC, e percebem a diferença de abordagem quando comparam o médico de família e comunidade (<i>atenciosos, carinhosos</i>) com outros especialistas.</p>	
<p>Conceito do MCCP</p>	<p>A abordagem centrada na Pessoa é ver a Pessoa como um todo (Idéia Central 4).</p> <p>(DSC-04M) – “Ah... Ver a Pessoa como um todo, né. Que não é só a clinica, [...] não é só aquela manchinha na pele ou não é só aquela dor de cabeça, [...] tem as avaliações socioeconômicas, culturais, familiares. Eu acho que conhecer a realidade do paciente. Estar atento a coisas que não só à queixa principal. É uma coisa mais simplificada, mas para mim simplificado significa a queixa do paciente dentro do contexto, daquele contexto que eu conheço ou que eu tento conhecer. A demanda que o paciente cria, e também as coisas que vem junto. Muitas vezes a gente inicialmente talvez não consiga oferecer essa abordagem mais ampla; não se dá assim num primeiro momento, né; a gente termina fazendo o nosso atendimento em longo prazo.”</p>		<p>Não existe um conhecimento adequado sobre o que realmente significa uma Abordagem Clínica Centrada na Pessoa, embora a atuação dos <i>mfc</i>, seja humanizada e voltada para o escutar e conhecer as Pessoas.</p>

	<p>Percebe-se que existe uma concepção parcial do que é a abordagem centrada na Pessoa, ficando mais restrita ao primeiro e segundos componentes que tem relação com ver a Pessoa como um todo e criar vínculo. Mas os demais componentes não aparecem neste discurso. Também não fica evidente o uso da abordagem centrada na Pessoa como um método, e mais como um conceito orientador para a relação médico-Pessoa.</p> <p>Não existe no discurso a garantia de uma prática dentro de um modelo de abordagem, e “ver a Pessoa como um todo” representa uma sexta parte do método centrado na Pessoa.</p>		
<p>MCCP: Explorando a experiência com a doença e a enfermidade</p>	<p>Questão objetiva não exige muita conversa; quando a questão é complexa é preciso ouvir, conhecer (Idéia Central 5).</p> <p>(DSC-05M) – “Para atender o paciente, a gente leva muito tempo; a semana é grande e eu preciso ser muito rápida. E é claro que numa consulta a gente não vai conseguir abordar todo o problema É que tem a vantagem de eu conhecer eles há muito tempo Eu acho que não te importa tudo, por exemplo, mas relacionado à queixa eu acho que sim. Hoje veio ver o resultado do exame? Eu vejo só resultado do exame; ou uma questão bem objetiva, então não exigia muita conversa né, exigia mais um procedimento. Mas quando vejo que a Pessoa tem dificuldade ou que é mais complicada, é uma questão mais complexa então eu acho que sim. Por exemplo: ele veio por uma queixa aparentemente orgânica, mas por traz tinha uma história, uma história de perda, familiar, de luto,</p>	<p>O Médico de Família e Comunidade ouve, estimula a falar, tira dúvidas, explica, mas... (Idéia Central 4).</p> <p>(DSC-04P) – “[...] chegou a conversar contigo sobre assim os teus medos ou expectativas em relação ao problema de saúde que tu veio consultar hoje? Ouviu tudo o que eu gostaria de falar, e me senti à vontade; e ainda ela me perguntou alguma coisa que eu nem lembrava de falar, me deu todas as informações [...] Eu falei das minhas dúvidas e ela me deu as informações dentro da medida do possível. É que não era bem um problema de saúde. A conversa, o exame [...], acho que foi satisfatório. Tirou-me meu medo, disse que não era..., que não tinha problema. É estava realmente em dúvida sobre esse exame que eu fiz. [...] não tem pressa se tiver que conversar uma hora..., [...] me escuta, conversa. Não tem amigos para conversar, então tem que falar</p>	<p>Aspectos fundamentais que garantem a ACCP, não estão presentes, ficando a abordagem restrita ao desenvolvimento de uma relação empática.</p>

	<p>de anos; mas eu fiquei satisfeito acho que eu ouvi, eu conheci, pude transmitir alguma coisa e ele vai retornar, esse paciente. Espero que ele retorne para gente dar continuidade a esse processo, então dar rede de apoio - na família, nos amigos - e tentei despertar esse “insight” assim.”</p> <p>Neste discurso novamente evidencia-se a ausência de uma sistematização do uso do método, embora procure se adequar a consulta ao motivo e perfil da Pessoa atendida. Não aparece o uso sistemático de alguns componentes da abordagem centrada na Pessoa que influenciam diretamente no desfecho da consulta, tais como narrativa de doenças passadas, conseqüências da doença atual, incorporar prevenção, estabelecer plano comum, e fazer resumo do que foi visto e planejado. Evidencia-se uma forma de atendimento ainda voltado para a queixa, para o motivo aparente que trouxe a Pessoa, correndo-se com isso o risco de abordar a enfermidade (disease) e não a doença (illness) <i>da-Pessoa-que-busca-ajuda</i>. Ficando nas mãos da Pessoa sinalizar seu desejo de abordar outros temas, ou na dependência da astúcia do médico em perceber sinais desta necessidade. Isto pode ser resolvido com o uso sistemático de determinadas perguntas ou estímulos.</p>	<p>para os doutores. Não sei se outros médicos [...] que quase a gente não se vê assim... [...] que conseqüências estava tendo essa doença na tua atividade...? Não, não. Não. Não, sobre isso [...] não conversou, mas me explicou muito bem de uma forma que a gente entende bem as coisas, porque dizem certas palavras que a gente não sabe o que significa e [...] então a gente procura uma coisa que a gente possa entender.”</p> <p>A partir deste discurso identifica-se que o médico de família e comunidade, desenvolve, ou busca desenvolver, relação empática com as pessoas, que ficaram satisfeitas com sua abordagem de escuta ativa, oportunidade para perguntas e uso de linguagem adequada.</p> <p>Mas no que se refere à abordagem centrada na Pessoa, não contempla aspectos relevantes para um melhor conhecimento e entendimento da Pessoa, tais como a experiência com a doença, experiências passadas pessoais e familiares com adoecer, e verificação das expectativas da Pessoa com o atendimento e evolução de seu problema. Para conhecer a Pessoa é importante ter a narrativa de suas situações prévias de doença.</p>	
<p>MCCP: Buscando um projeto comum ao médico e a</p>	<p>A queixa muitas vezes é a ponta do “iceberg” e o tempo é limitador para que dúvidas sejam tiradas (Idéia Central 6).</p>	<p>Não existe consenso, mas parece que há busca de definição. (Idéia Central 5).</p> <p>(DSC-05P) – “[...] chegou a explicar bem qual era o</p>	<p>Não existe um consenso entre médicos e Pessoas, com relação à identificação e</p>

<p>Pessoa.</p>	<p>(DSC-06M) – “Sim, sim. Eu busquei ter certeza (do problema principal), pergunto o que ela acha, se ela concorda comigo, o que ela esta achando, [...] se ela tem preocupação ou acha que é outra coisa. Vem um pedido muito simples e ao redor um monte de situações que precisam de alguma interferência. Veio com uma queixa [...] e eu na minha opinião aquilo era a ponta do “iceberg”, [...] eu dei espaço e perguntei se [...] teria mais alguma questão; [...] tinha outras demandas paralelas, mas com certeza nem todos os problemas ficaram esclarecidos. Nem sempre é possível isso, por que às vezes falta tempo: é o telefone, é batida na porta, é...Não tem tempo, né. Tens que dar uma “corridinha”, mas aí deixa para a próxima vez, mas no possível a gente tenta. Não perguntaram, mas eu acho que tinha possibilidade se tivesse necessidade.”</p> <p>Neste discurso aparece uma preocupação em identificar as reais razões que motivaram a vinda à consulta, expressa pela frase: <i>Sim, sim. Eu busquei ter certeza (do problema principal)</i>, o que é um aspecto fundamental dentro da abordagem centrada na Pessoa. Também fica evidente a necessidade de mais tempo nas consultas, e em alguns casos diminuição da pressão pela demanda através do redimensionamento da equipe, de redefinição da área abrangida, e reorganização do processo de trabalho.</p>	<p>teu problema principal, se tu ficou com alguma dúvida, se ela procurou ter certeza, se você entendeu bem qual era o teu problema principal [...] Não ela só quis saber como eu estou para depois dizer se eu tenho mais alguma coisa Não, a gente conversou às vezes eu venho com vários problemas.”</p> <p>“[...] tiveram a concordância sobre qual era o problema principal? Sim. Sim, sim com certeza. Com certeza. [...] sim, se não eu estaria lá até agora... [...] acho que foi correto, acho que foi correto e direto, [...] por isso que a gente foi mais a fundo, depois os outros detalhezinhas menores a gente conversou depois; [...] Explica, explica bem e além de me explicar [...] ainda escreve como tomar, como tirar os remédios, até está aqui no papel, porque eu esqueço muito. Entendi. E fiquei contente.”</p> <p>Neste DSC fica evidente a inexistência de um consenso sobre a abordagem realizada no que se refere à definição conjunta do médico e da Pessoa sobre que é seu problema de saúde. Chama atenção na segunda parte do DSC de que há entendimento das pessoas de que houve a preocupação por parte do médico em definir conjuntamente o problema, e que isto talvez tenha sido baseado no fato do médico ter explicado bem o manejo a ser realizado.</p> <p>A importância em definir o problema conjuntamente tem há ver com a Autonomia da Pessoa, e está diretamente relacionada em que baseado em ter claro o problema ela poderá participar da elaboração do plano e poderá tomar decisões sobre o manejo que seja mais adequado.</p>	<p>concordância por parte da Pessoa de qual é seu problema principal, não fica muito claro, parecendo que ao expor o manejo por consequência estará sendo realizado, sendo aí o momento da Pessoa posicionar-se, mas na utilização do método, este momento deve ser explícito e anterior à proposta de manejo.</p>
-----------------------	---	---	--

<p>MCCP: Buscando um projeto comum ao médico e a Pessoa.</p>	<p>Eu entendo que a compreensão da orientação leve ao entendimento do paciente de que existe a necessidade dele se responsabilizar. (Idéia Central 7)</p> <p>(DSC-07M) – “Não, não exatamente assim, ó: a tua responsabilidade e a minha, né. Não, não, não teve esse momento [...], essa divisão, isso não foi feito. Hoje não, mas muito freqüentemente, [...] esse momento da consulta eu não sei se eu diferencio; é que eu tenho isso tão claro para mim. Eu acho que isso é automático, eu não distingo, [...] eu entendo que a compreensão da orientação leve ao entendimento do paciente de que existe a necessidade dele se responsabilizar. No caso, [...] eu vou orientar, [...] a conduta, a posologia, o uso da medicação quem tem que seguir a dieta é o paciente, quem tem que engolir o comprimido é o paciente, quem tem que fazer toda a parte prática, [...] isso tem, que ele vai entender que é obrigação dele e vai fazer em casa, né. No final da consulta eu com certeza reviso, olha o que tu vai fazer, Como se eu fizesse um resumo do que foi tratado. A gente se chateia, eu me chateio com esta falta de responsabilidade das pessoas com sua própria saúde. Os pacientes trancam, têm a tendência de não seguir direito, de não se responsabilizarem pelo tratamento, mas acabam não fazendo, ou só faz uma semana, mentem [...]”</p> <p>A partir do DSC acima fica clara a ausência de um método para garantir a abordagem centrada na Pessoa. Sem que haja um momento específico para definição de papéis e estabelecimento de plano conjunto, um dos aspectos principais neste tipo de abordagem, com significância direta nos resultados. Uma das falas revela a responsabilização da “Pessoa-que-busca-ajuda pelos resultados: A gente se chateia,</p>	<p>Não existem momentos específicos, explícitos, para responsabilidades e objetivos (Idéia Central 6).</p> <p>(DSC-06P) – “[...] houve uma parte na consulta em que [...] e tu falaram sobre, qual era a responsabilidade de cada um no cuidado, de cada um no tratamento, para que tu melhores? Não, ainda não. Não, a gente não discutiu. Não, [...] me receitou remédio e me deu uma receita... Não, não, mas isso mais ou menos já se coloca né, isso já é uma coisa meio... Já está colocada ali. [...] estabeleceu uma série de objetivos contigo?”</p> <p>“Ahan, sim a gente se falou, deixou tudo bem direitinho; as instruções [...] de explicar para que tudo desse certo, e as minhas que eu teria que fazer para que tudo desse certinho. É [...] conversou comigo... Foi com o remédio, [...] me dá os remédios e conversamos direitinho, de objetivos, [...] explicou tudo para me ajudar, que tomar os remédios, como eu tenho que fazer. O mesmo que uma criança indo para o colégio, o que uma criança faz? Vai para o colégio para aprender a ler, a mesma coisa [...] faz comigo. Mas enquanto [...] estiver mandando tomar, eu estou tomando e estou indo muito bem.”</p> <p>O DSC-06P mostra que não existe um momento definido para discussão das responsabilidades no Cuidado, ficando subentendido que se o médico explicou direitinho, “dando uma consulta” (“O mesmo que uma criança indo para o colégio, o que uma criança faz? Vai para o colégio para aprender a ler, a mesma coisa [...] faz comigo”) a Pessoa fará e terá claras suas responsabilidades. No entanto, a não ser que “seja feita uma consulta”, através de trocas, com discussão sobre a viabilidade do que está proposto, os</p>	<p>Aqui novamente se repete a falta de um momento definido durante o atendimento para assegurar-se de que a Pessoa tem claro qual é seu papel e qual é o papel do mfc no processo de Cuidado. O médico subentende isto é realizado no momento final da consulta onde são dadas as orientações.</p>
---	---	--	--

	<p>eu me chateio com esta falta de responsabilidade das pessoas com sua própria saúde. Os pacientes trancam, têm a tendência de não seguir direito, de não se responsabilizarem pelo tratamento, mas acabam não fazendo, ou só faz uma semana, mentem [...]” enquanto sabe-se que muitas vezes isto acontece por não ter entendido claramente o que tem diagnosticado e o plano.</p> <p>Aqui aparece uma postura médica “empoderada”, ainda muito dentro do modelo paternalista ou informativo, negando a Pessoa e sua Autonomia sobre o que e como quer fazer com seus problemas de saúde. Em geral a “não-aderência” decorre da falta de explicação, clareza, identificação de medos e argumentação do médico frente às recusas ou dificuldades em realizar o que esta sendo proposto.</p>	<p>resultados não estarão assegurados, o que depois será chamado de “falta de aderência”. Novamente aqui se faz necessário relacionar com a Autonomia (“Mas enquanto [...] estiver mandando tomar, eu estou tomando e estou indo muito bem”) onde o médico determina o que e como deve ser realizado.</p>	
<p>MCCP: Buscando um projeto comum ao médico e a Pessoa.</p>	<p>O objetivo é melhorar o bem estar dele (Idéia Central 8).</p> <p>(DSC-08M) – “Ãhan, ãhan! Sim, o objetivo é melhorar o bem estar dele. O que cabe a cada um e o que se quer alcançar né? Sim, eu acho que sim; dá para perceber na consulta que existia essa possibilidade e a compreensão, mas eu não cheguei a perguntar, e ele não chegou a responder verbalmente né, mas pela expressão dele eu acredito que ele deva ter pensado [...] vê a viabilidade daquilo que a gente insistiu de ser colocado em prática; [...] acho que isso foi uma coisa que mais eu senti [...]. Quando vejo que a Pessoa tem dificuldade ou que é mais complicada, eu coloco no papel, eu utilizo alguns instrumentos, eu chamo</p>	<p>Não existe momento específico ou explícito, para viabilidade do tratamento ou manejo (Idéia Central 7).</p> <p>(DSC-07P) – “Em relação ao que foi proposto como tratamento, foi discutido se tu terias... Teve um momento para isto? Não, Não, não tem. Não especificamente, Não, não, complemente ainda não. [...] foi suficientemente conversado e explicado? Sim, foi plenamente satisfatório. Mandou chamar eles, conversou com meus familiares, com meus filhos uma vez com cada um, com meu marido para eles aceitar e acreditar que é uma doença. Explicou sim claro. Todo esse trabalho com a minha família. Eu fico a vontade com ela e qualquer problema que tenho eu falo para</p>	<p>Existe concordância entre os discursos configurando que não há momento de discussão sobre quais serão os objetivos a serem alcançados para um Cuidado significativo.</p>

	<p>alguém da família; às vezes eu trato a situação dela com outros familiares.”</p> <p>Este DSC de certa forma repete o que foi constatado no anterior. E fica identificada de parte do médico a percepção de que ao apresentar o manejo proposto para o problema fica claro para <i>a-Pessoa-que-busca-ajuda</i> quais os objetivos, e que se esta não questionou é porque concorda, e não terá dificuldades em realizar o tratamento.</p>	<p>ela, e digo alguma coisa para ela se eu for atendida por outro médico também eu falo. Porque ela tem que saber para me ajudar. “</p> <p>O DSC-07P reforça as idéias identificadas nos DSC-05P e DSC-06P, apontando de que não houve nos atendimentos uma sistematização do processo de consulta que garanta a realização deste que é sem dúvida o aspecto principal da abordagem centrada na Pessoa, representado pelo terceiro componente: <i>Buscando um projeto comum ao médico e a Pessoa</i>, onde o uso das categorias Pessoa e Autonomia são fundamentais para um desfecho satisfatório e diferenciado das abordagens tradicionais, na busca de um Cuidado efetivo.</p>	
<p>MCCP: Entendendo a Pessoa como um todo.</p>	<p>O tempo é um limitador, mas em algum momento acaba acontecendo... Eu não me sinto mais pressionada e ansiosa de ter que fazer em todas as consultas (Idéia Central 9).</p> <p>(DSC-09M) – “Sim. Bastante até. Em algum momento, não em todas as consultas. Eu sei que algum momento eu vou fazer. Eu não me sinto mais pressionada e ansiosa de ter que fazer em todas as consultas; Não, não, não porque eu achei que não era o caso. Nessa época nós estamos fazendo atendimento da demanda né, então não houve. É eu acho que tudo na medida do possível, a gente é muito esmagado pela falta de tempo para fazer tudo o que se precisa fazer, mas eu acho que sim. Eu sei que isso para mim é importante. Eu acho que isso é o que me dá mais prazer na consulta, porque a consulta fica interessante se eu sei da questão contextual: da</p>	<p>Devido ao tempo, a consulta foi só o que a gente precisa mesmo (Idéia Central 8).</p> <p>(DSC-08P) – “Ah! [...] sempre pergunta por... me perguntou... notícias. Foi bem simpático, dentro da medida do possível, porque o médico no consultório [...] com muita gente lá fora [...]; atendeu muito bem até, mesmo com tempo curto. Tenho vontade de desabafar [...] né, mas não tenho muito, porque médico também tem os problemas dele, e eu tenho os meus. Mas se falasse [...] acho que acharia um tempo para mim. Não, não fica só no problema da doença. [...] me deu total liberdade para poder falar o que poderia estar me incomodando. ...sobre sua atividade profissional, sobre lazer? Não. Não, nada, nada. Não, não de momento não. Não, não, porque só consultei para orientação, foi bem rápido. Sobre a minha vida Pessoa? Não. Só da parte dele que vai entrar de férias hoje (risos). Não, no meu entender até</p>	<p>Há concordância sobre o papel limitador que tem o tempo de consulta, com ambos agindo, pressionados pela demanda, no sentido de “encurtar” objetivamente a consultagem. Mas as Pessoas e os mfc também concordam sobre a importância de um maior conhecimento sobre quem esta sendo atendido ser um aspecto essencial, e se for o caso destinar tempo para isto.</p>

	<p>família, da questão assim da rede familiar, relacionamento amoroso, amigos, questão de trabalho.”</p> <p>No DSC-09M fica clara a valorização em conhecer e conversar sobre outros aspectos da Pessoa, mas também estabelece a percepção de que isto não necessita ser realizado sempre, pois o tempo de consulta é um limitador, mas que ao longo do tempo, com repetidos contatos, vai ocorrer. Sabe-se que a continuidade e a longitudinalidade podem cumprir com esta função desde que ao longo dos contatos busque-se construir este conhecimento, embora haja o risco, de que focando na queixa e com o escasso tempo em geral disponível nas consultas, isto não se realize.</p>	<p>para não congestionar [...] vai prender muito tempo do médico É muita gente buscando atendimento, é difícil conseguir, então quando a gente consegue, a gente também tem que deixar espaço para os outros. [...] ouve um problema mais sério e já trouxe uns dois ou três, como complemento para ela ver o que é... [...] quando [...] não está muito tumultuado, eu pergunto as coisas mais necessárias [...].”</p> <p>Aqui é introduzido um aspecto novo, com as pessoas intervindo na duração da consulta, tendo em vista sua percepção de que o tempo é curto e tem muita gente para ser atendida e também por considerar que desabafar com o médico não faz parte do cardápio de serviços oferecidos na consulta. Fica claro que para as pessoas, consulta é para tratar de enfermidades (disease). Ao mesmo tempo aparece a percepção de que se necessitasse ou sinalizasse ao médico sobre sua vontade ou necessidade de falar sobre família, lazer e outros problemas haveria abertura. Esta questão é interessante, pois em geral não aparece nos textos sobre processo de trabalho esta capacidade de ingerência de quem esta sendo atendido em definir o tempo disponibilizado. Num gesto que pode ser interpretado de formas diversas, sendo um deles de uma ação “solidária”, buscando dividir o tempo do médico, usando-o para o essencial, de modo que todos da sala de espera possam ser atendidos. Novamente aqui se evidencia a importância das categorias Pessoa e Autonomia, com sua liberdade e ação.</p> <p>Este DSC alerta que o fato de não haver uma</p>	
--	---	--	--

		sistematização, em buscar conhecer a família, o lazer, o trabalho das pessoas, traz limitações à abordagem médica, tendo em vista que nestes aspectos podem estar os determinantes, os agravantes, ou situações que possam interferir com um melhor manejo da doença (illness)	
--	--	--	--

Quadro 7 – Comparação de Idéias Centrais e DSC de Médicos e Pessoas: um caminho para as conclusões
Fonte: Elaborado pelo autor

7 CONCLUSÃO

Para desenvolver a conclusão é importante resgatar o que foi colocado como pergunta inicial: ***Como atuam os médicos de família e comunidade no que se refere a uma abordagem centrada na Pessoa, enquanto integrantes de um serviço que serve como referência de modelo assistencial e formador?***

Na comparação dos DSCs de médicos e Pessoas, e referenciando as bases teóricas podemos constatar que:

Ambos grupos identificam dificuldades de ACESSO ao Cuidado. Dificuldades estas relacionadas e caracterizadas por eles como: a desproporção entre a oferta de consultas e a demanda, a existência das filas, o tempo de espera para agendamento, e a necessidade de persistência para manter continuidade com o mesmo profissional. Mesmo assim, também ambos, consideram que o acesso é melhor que no geral do Sistema de Saúde. O que pode dever-se a uma disponibilidade das Equipes, em tentar de alguma forma resolver o problema de quem busca ajuda. Um aspecto referido pelos entrevistados e que faz parte de uma Abordagem Centrada na Pessoa, sendo um dos Princípios da APS, é manifestação da existência de vínculo entre Pessoa e médico de família, expressando a procura da manutenção da longitudinalidade do Cuidado por quem busca ajuda (“[...] já cria aquele vínculo assim; se não a gente fica desfilando de médico em médico”), embora a Autonomia da Pessoa de decidir quando e com quem vai ser a Consultagem esteja de certa forma comprometida.

Com relação ao trabalho em equipe, médico e pessoas revelam que o PROCESSO DE TRABALHO e a organização da equipe nas Unidades do SSC-GHC

apesar de representar um avanço em relação às estruturas tradicionais, existindo uma busca constante de aperfeiçoamento através das reuniões “de serviço”, discussão de casos e a postura solidária entre os profissionais, não está suficientemente organizado e “ofertado” à população, cuja busca por Cuidado ainda esta muito centrada no médico de família e comunidade, que funciona como “acesso” ao cardápio de ofertas de Cuidado das Unidades de Saúde. Um estudo aprofundado deste aspecto, certamente trará contribuições ao desenvolvimento de um Cuidado Centrado na Pessoa, principalmente no que se refere a aspectos preventivos e de educação para saúde, que caracterizam o 4º componente do MCCP - Incorporando prevenção e promoção da saúde.

Os DSC revelam concordância sobre o desconhecimento da Medicina de Família e Comunidade como uma ESPECIALIDADE MÉDICA, o que é muito significativo, principalmente numa população que há mais de 20 anos convive com este profissional. As explicações deste fenômeno certamente passam pela denominação anterior da especialidade (Medicina Geral e Comunitária) que foi utilizada até 2002, sendo de difícil entendimento pelas pessoas leigas, não teve a divulgação necessária e talvez a parte “Geral” do nome possa ter contribuído à vinculação com a Clínica Geral, reforçado pela postura dentro da recepção do SSC em não esclarecer e também utilizar o termo “clinico geral” ao se referir aos médicos. Mas embora isto seja importante, mais significativo é o fato de que ambos, médicos de família e pessoas, concordam que o tipo de atendimento prestado nas Unidades do SSC é diferenciado. E as pessoas na prática, ao descrever o atendimento identificam características da Medicina de Família e Comunidade, tais como: (1) *“Toda a família. Até sogra”*, (2) *“soluciona logo os problemas”*; (3) *“vêm do lado psicológico até o lado médico mesmo”*, (4) *“a gente se sente à vontade com eles”*, (5) *“e a gente confia”*, (6)

“acho que os pacientes que eu atendo, [...] acho que a grande maioria tem essa percepção da diferença, a gente tenta diferenciar”. Um questionamento que merece ser feito é: o desconhecimento da especialidade e da abordagem integral que pode ser realizada pelo médico de família e comunidade por parte de quem busca ajuda, não pode fazer com que a Pessoa deixe de trazer a *Consultagem* outros aspectos que sejam relevantes? Ficando a abordagem centrada em queixas e problemas de um sistema ou aparelho? Neste aspecto torna-se fundamental uma abordagem centrada na Pessoa, que com suas perguntas abertas e sistematização garantem uma abordagem integral e consolidam na prática a Medicina de Família e Comunidade como a especialidade do Cuidado Integral à Saúde.

As tentativas dos médicos de família e comunidade em definir a ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA, revelam que não existe ainda um conhecimento adequado sobre o que realmente significa uma Abordagem Clínica Centrada na Pessoa, e que embora a atuação seja humanizada e voltada para o escutar e conhecer as Pessoas, seu entendimento desta forma de abordagem fica muito restrito ao “*ver a Pessoa por inteiro*”, e ainda esperar que a continuidade garanta que isto ocorra. Uma abordagem do “*ver a Pessoa por inteiro*”, apesar de ser um avanço em relação aos modelos tradicionais representa apenas parte do segundo componente do MCCP, deixando de lado os demais aspectos que são importantes, principalmente no que se referem a garantir a Autonomia de quem busca ajuda, e fundamentais no processo de Cuidado Centrado na Pessoa. Torna-se evidente a necessidade de uma modificação nos currículos médicos, introduzindo o estudo dos modelos de abordagem como um campo temático, com ênfase no Centrado na Pessoa, complementado o ensino das “técnicas” de anamnese e exame clínico.

No que se refere ao 1º componente do MCCP, “Explorando a Experiência com a Enfermidade e a Doença”, pode-se afirmar que não está de todo presente, ficando a abordagem restrita ao desenvolvimento de uma relação empática e mais focada na queixa verbalizada pela Pessoa, correndo-se com isso o risco de abordar a enfermidade (*disease*) e não a doença (*illness*). E não sendo abordados aspectos relevantes para um melhor conhecimento e entendimento da Pessoa, tais como a experiência e repercussões da doença na vida diária e tarefas, experiências passadas pessoais e familiares com o adoecer, e verificação das expectativas da Pessoa com o atendimento e evolução de seu problema. Para conhecer a Pessoa e observar sua Autonomia e participação é importante ter a narrativa de suas situações prévias de doença. Isto demonstra interesse e possibilita identificação dos valores pessoais e familiares que podem ser úteis no planejamento do Cuidado. Outros aspectos que devem ser levados em consideração são os seguintes: (1) em geral Pessoas com uma enfermidade (*disease*) assintomática não se sentem enfermas; (2) muitas Pessoas que estão preocupadas podem sentir-se enfermas, mas não ter nenhuma enfermidade (*disease*); e (3) quando Pessoas e médicos reconhecem esta distinção entre enfermidade (*disease*) e doença (*illness*), e percebem no quanto os dois aspectos citados anteriormente são freqüentes, são menos propensos a buscar desnecessariamente por uma patologia. Por outro lado, mesmo quando a enfermidade (*disease*) está presente ela pode não explicar adequadamente o sofrimento da Pessoa, desde que a quantidade de aflição que ela experimenta refere-se não só com a quantidade de dano tecidual ou físico, mas ao significado pessoal da doença (*illness*). A aplicação do 1º componente pode ser realizada pela observação das dicas verbais ou não-verbais, expressão corporal e movimentos da Pessoa, e com perguntas simples como: *O que trouxe você hoje? O que precipitou esta visita? O que*

esta preocupando mais você? O quanto isto afeta sua vida? O que você pensa sobre isto? O quanto você pensa que eu posso ajudar?

Não existe um consenso entre médicos e Pessoas, com relação à identificação e concordância por parte da Pessoa de qual é seu problema principal, não fica muito claro, parecendo para o médico que ao expor o manejo por consequência estará sendo contemplado este objetivo, sendo aí o momento da Pessoa posicionar-se. Mas na utilização do M CCP, este momento deve ser explícito e anterior à proposta de manejo. O 3º componente “Buscando um projeto comum ao médico e à Pessoa para manejar os problemas”, é considerado fundamental para que se caracterize uma *abordagem centrada na Pessoa*. É o processo através do qual a Pessoa e o médico buscam um entendimento e uma concordância mútuos em três áreas: (1) definindo o problema, (2) estabelecendo objetivos e prioridades de manejo, e (3) identificando os papéis a serem assumidos por ambos. Os DSCs, mostram que apenas uma destas áreas - a identificação junto à Pessoa sobre qual considera seu problema principal – esta presente, embora nem sempre explicitada. Enquanto as outras duas não são claramente introduzidas e trabalhadas na Consultagem. Encontrar um plano comum envolve que médico e Pessoa respondam as seguintes questões: *Qual vai ser o envolvimento da Pessoa no plano terapêutico? Quanto realístico é o plano no que se refere à percepção da Pessoa de sua doença e experiência com a enfermidade? Quais são os desejos da Pessoa e sua disposição para lidar com o problema? Como cada parte define seus papéis na interação?* Fica evidenciado que há um entendimento por parte do médico de que as *orientações* finais da Consultagem teriam esta função, sendo então o momento em que a Pessoa usaria sua Autonomia para manifestar-se em relação ao manejo proposto. Mas para a Pessoa isto não está claro, ficando muito na dependência do quanto cada uma sente-se à vontade para

argumentar ou perguntar ao médico. Esta expectativa de certa forma configura uma abordagem mais próxima de um modelo informativo ou interpretativo, mas sem conseguir alcançar uma abordagem deliberativa, com uma real participação da Pessoa no planejamento de seu cuidado.

Aqui novamente se repete a falta de um momento definido durante o atendimento para assegurar-se de que a Pessoa tem claro qual é seu papel e qual é o papel do médico de família e comunidade no processo de Cuidado. O médico subentendendo isto é realizado no momento final da consulta onde são dadas as orientações.

Existe concordância entre os discursos configurando que não há momento de discussão sobre quais serão os objetivos a serem alcançados para um Cuidado significativo. É preciso garantir que a Pessoa crie vínculo e desenvolva confiança no profissional que presta Cuidado, o que só pode ser alcançado através da percepção de que há interesse do médico pelas suas “coisas”, e de um claro entendimento entre ambos de qual é o problema e qual o objetivo do Cuidado.

Há concordância sobre o papel limitador que tem o tempo de consulta, com ambos agindo, pressionados pela demanda, no sentido de “encurtar” objetivamente a consultagem. Mas as Pessoas e os médicos de família e comunidade também concordam sobre a importância de um maior conhecimento sobre quem esta sendo atendido ser um aspecto essencial, e se for o caso destinar tempo para isto. Complementando o que já foi tratado ao discutir a conceituação de Abordagem Centrada na Pessoa pelos médicos de família e comunidade, ao buscar contemplar o 2º componente do MCCP – “Entendendo a Pessoa como um todo, inteira” - devemos ter em conta que *as doenças da Pessoa são apenas uma dimensão de seus papéis: portanto elas são um reduzido recurso para entender a doença e sofrimento da*

Pessoa. Talvez o aspecto principal, o mais importante e crucial que determine a satisfação com a Consultagem e que deva ser observado pelo médico, não seja a falta de tempo, e sim a indisponibilidade para a Pessoa (o que de certa forma é desumano). No caso específico do SSC-GHC, pode-se perceber que apesar da falta de tempo, esta indisponibilidade não existe, pelo contrário as Pessoas afirmam percebem que se necessário teriam o tempo do “seu” médico.

Talvez um aspecto inteiramente novo trazido por esta pesquisa foi revelar que as Pessoas, e não apenas os médicos, são pressionados pela demanda, pela sala de espera cheia, e utilizam-se do espaço interseçor para exercerem uma parcela de sua Autonomia, para limitar-se às questões mais importantes de sua saúde, numa tentativa solidária de compartilhar o tempo com as demais que buscam Cuidado. Uma forma de busca da equidade, pelo pensamento de que talvez quem esta na sala de espera precise de mais tempo do que ela. *O Entender a Pessoa como um todo, inteira*, vai muito além do conhecer a Pessoa por inteiro, pois envolve além de obter informações sobre lazer, família, e trabalho, investigar aspectos como (a) o desenvolvimento individual (sentido de Eu, auto-estima positiva, independência e autonomia, capacidade de relacionar-se e ter intimidade), (b) as fases do desenvolvimento que influenciam a vida das pessoas (posição no ciclo de vida, tarefas que assume, papel que desempenha), (c) o Ciclo de Vida pessoal e familiar (Pessoas tem um passado, um presente e um futuro!), (d) e o contexto em que estão inseridas (considerar fatores contextuais é uma marca registrada do médico centrado na pessoa). Ao contrário do que se possa pensar, se não existe uma busca sistemática por estas informações, pensando que o tempo as trará, corre-se o risco de não realizá-la e acreditar, ao longo do tempo que já conhecemos o suficiente sobre aquela Pessoa.

Ao desenvolver a análise e estabelecer as conclusões desta pesquisa que nos permite considerar e refletir sobre como é prestado o atendimento por médicos de família e comunidade do SSC-GHC, devemos ter os cuidados necessários para não generalizar extrapolando as observações e limitações existentes, embora não ignorando que a saturação alcançada nos possibilita projetar uma representatividade e significação, que permite explorar a relação médico-Pessoa em sua plena abrangência. Portanto, a partir DSC das Pessoas e médicos, consideramos que podemos chegar a algumas conclusões importantes:

- a) conforme era esperado, podemos constatar que não existe de parte dos médicos de família e comunidade do SSC-GHC utilização de uma abordagem sistematizada, com uma Consultagem que garanta uma prestação de Cuidado Centrado na Pessoa;
- b) mesmo assim deve-se salientar que percebemos uma satisfação das Pessoas atendidas com a *consultagem* realizada pelos médicos de família e comunidade do SSC-GHC, através do reconhecimento explícito da existência de vínculo e da maneira afetiva e carinhosa pela qual se referem aos “seus” médicos. De sua parte, os médicos de família e comunidade também tem a percepção de que prestam um Cuidado diferenciado às Pessoas, e que buscam se adequar às suas necessidades individuais e familiares ao dispensar este Cuidado. Isto com certeza tem a ver com o escutar as pessoas e demonstra interesse pelos seus problemas. Fato que foi ressaltado pelos dois grupos de entrevistados;
- c) este trabalho também nos permite definir um patamar, um ponto de partida, demonstrando o quanto precisamos avançar e progredir para proporcionar uma formação adequada aos profissionais médicos no uso de tecnologias

que levem à Autonomia e ao “entendimento da Pessoa como um todo”, de fato. E realmente conduzindo ao exercício de uma relação “intensificada positivamente” entre médicos e Pessoas.

Como sugestões, a partir das questões levantadas por este estudo, poderíamos listar:

- a) a necessidade de incluir na graduação disciplinas ou campos temáticos sobre os modelos de abordagem médica sendo contemplados com a mesma importância, intensidade, valoração e peso proporcional dos demais conteúdos curriculares tradicionais;
- b) da mesma forma estes aspectos, da atuação do médico de família e comunidade na consultagem, devem ser valorizados e aprofundados durante a especialização sob forma de Residência Médica. Pois independente da composição multiprofissional das equipes, a consulta é “o momento” principal da prática médica. Também se torna importante para qualquer médico, pois temos verificado que cada vez mais recém-formados em Medicina primeiro realizam uma formação em MFC e depois buscam outras especializações;
- c) proporcionar aos profissionais, já atuando no mercado de trabalho uma forma de reciclagem que permitisse rever sua prática sob uma nova perspectiva de atuação mais voltada para a Pessoa;
- d) com relação à Pessoa, e fazendo relação com a Figura 10, acreditamos que é necessário haver alguma reflexão sobre como fazer com que a Pessoa possa exercer mais a sua Autonomia no processo de Cuidado à saúde. Aqui quando se fala Pessoa, queremos nos referir ao *profissional*, no sentido de poder exercer uma maior participação na organização do seu

processo de trabalho e prática, e *à-Pessoa-que-busca-ajuda*, na capacitação de poder exercer plenamente seu papel de “especialista nela mesma”, contribuindo assim de verdade para obter o melhor e mais adequado em termos de Cuidado para seus problemas.

Finalizando, a sociedade moderna vive uma crise de conciliação entre o desenvolvimento e a humanização no Cuidado à saúde, com abalo na confiança nos médicos e exposta por danos provocados por remédios ou tratamentos que deveriam curar; realização de exames e cirurgias caras e desnecessárias, e muitas vezes tratamentos desumanos das pessoas. A implementação de um método de abordagem que privilegie a Pessoa e sua Autonomia na busca de um Cuidado significativo, passa por fazer uma Consultagem que permita uma visão *caleidoscópica* de quem esta sendo atendido, pois na maioria das vezes o motivo apresentado leva a um diagnóstico óbvio, sendo mais importante conhecer e entender as razões que levaram a Pessoa até o médico, e suas relações na causa ou agravamento da doença (illness), e isto somente será alcançado se vermos quem busca ajuda de diversos ângulos, fazendo um diagnóstico da Pessoa. Apesar de parecer simples e óbvio este é o desafio que tem acompanhado o médico através dos tempos, para que possa realizar intervenção terapêutica multifatorial e interdisciplinar.

REFERÊNCIAS

ANASTASIOU, L. G. C. **Metodologia do ensino superior**: da prática docente a uma possível teoria pedagógica. Curitiba: IBPEX, 1998.

ACSSJR. **Sistema de Saúde no Brasil**. [S.l., 200-]. Disponível em: <<http://www.acssjr.hpg.ig.com.br/index.htm>>. Acesso em: 11 ago. 2003.

ALCARAZ, Ana M^a Costa; PADILLA, Carlos Almendro. **Los principios de la bioética: autonomía**. [S.l.]: Fistera.com, [200-]. Disponível em: <<http://www.fistera.com/formacion/bioetica/autonomia.asp>>. Acesso em: 11 jul. 2005.

ANASTASIOU, Lea das graças Camargos; ALVES, Leonir Pessate. **Processos de ensinagem na universidade**: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula. Joinville, SC: UNIVILLE, 2003.

BALLONE, G. J. **O indivíduo, o ser humano e a pessoa**. [S.l.]: PsiqWeb, Psiquiatria Geral, 2001. Disponível em: <<http://www.gballone.sites.uol.com.br/voce/pessoa.html>>. Acesso em: 21 mar. 2004.

BAUMAN, Zigmunt. **A busca da ordem**. [S.l.]: CFM, 1999. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/include/biblioteca_virtual/abertura_escolas_medicina/escolas2.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2005.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar, ética do humano**: compaixão pela terra. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

BUENO, Ronaldo da Rocha Loures; PIERUCCINI, Maria Cristina. **Abertura de escolas de medicina no Brasil**: relatório de um cenário sombrio. 2. ed. Brasília: CFM, mar. 2005. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=bibliotecaLivrosOnline&portal>>. Acesso em: 20 jun. 2005.

BRANCO, Rita Francis Gonzalez y Rodrigues. **O ensino na perspectiva dos grupos Balint**: um espaço de reflexão sobre o encontro do estudante de medicina com o seu paciente. Goiânia, 2001. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Educação, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2001,

BUSS, P. M. **Promoción de la salud y la salud pública**: una contribución para el debate entre las escuelas de salud pública de América Latina y el Caribe. Rio de Janeiro: Abrasco, 2000. Apostila/mimeo.

CAMARGO, leoleli. Doutor, eu decidi que... **Zero Hora**: Caderno Vida, p. 4-5, 06 mar. 2004.

CASSEL, E. The nature of suffering and the goals of medicine. **The New England Journal of Medicine**, Boston, v. 306, p. 639-645, 1982.

CHIN, J. J. Doctor-patient relationship: from medical paternalism to enhanced autonomy. **Singapore Medical Journal**, Singapore, v. 43, n. 3, p. 152-155, 2002.

CLARKE, G. R. et al. Physician-patient relations: no more models. **The American Journal of Bioethics**, Cambridge, v. 4, n. 2, p. W16-W19, Spring 2004.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 4/2001. **Diário Oficial da União**, Brasília, 09 de novembro de 2001. Seção 1, p. 38.

COULTER, Angela. After Bristol: putting patients at the centre. **BMJ**, London, v. 324, p. 16, Mar. 2002.

CRONIN, A. J. **A cidadela**. Rio de Janeiro: Record, 1937.

EMANUEL, Ezekiel J.; EMANUEL, Linda L. Four models of the physician-patient relationship. **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 267, n. 16, p. 2221-2226, Apr. 1992.

FACHINI, Luiz A.; PICCINI, Roberto; SANTOS, Rogério C. Histórico do desenvolvimento da medicina e educação. **Boletim da ABEM**, Campinas, p. 5, maio/jun. 1999.

FALEIROS, José Justino. Profissionais para reorientar o modelo assistencial: quantos e quais. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 55-64, jan./abr. 2003.

FOUCAULT, Michel. A governamentalidade. In: FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1992. p.277-293.

FOUCAULT, Michel. **Aula de 17 de março de 1976**: em defesa da sociedade. São Paulo: Martins Fonte, 1999.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1989.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GOLDIM, José Roberto. **Princípio do respeito à pessoa ou da autonomia**. Porto Alegre, 2004. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/autonomi.htm>>. Acesso em: 11 jul. 2005.

GOMES, Ordival Cassiano. **História da medicina no Brasil no século XVI**. Rio de Janeiro: Biblioteca Brasileira de História da medicina, 1974.

GROSSMAN, Carlos. **Modelo de abordagem utilizado no SSC-GHC** [02 set. 2005]. Entrevistador: José Mauro Ceratti Lopes. Porto alegre: Unidade Jardim Itu.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. Serviço de Saúde Comunitária. Núcleo de Epidemiologia. **Refletindo sobre a atenção primária à saúde**: a experiência do Serviço de Saúde Comunitária. Porto Alegre, 1999.

HARDT, Michael; NEGRI, Antonio. **Império**. Rio de Janeiro: Record, 2002.

HEIDEGGER, Martin. **Ser e tempo**. 8. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde e doença**. 4. ed. Porto Alegrel: Artmed, 2003.

JENKINS, Linda et al. Consultations do not have to be longer. **BMJ**, London, v. 325, p. 388, 2002.

LEFÈVRE, Fernando. **Discurso do sujeito coletivo**: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (Desdobramentos). Ed. rev. e ampl. Caxias do Sul, RS: EDUCS, 2003.

GALEANO, Eduardo. **O livro dos abraços**. Porto Alegre: L&PM, 2003.

LARROUSE: Grande Enciclopédia. Rio de Janeiro: Nova Cultural, 1999.

LITTLE, Paul. Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. **BMJ**, London, v. 323, p. 908-911, 2001.

LOPES, Rodrigo. Mulher com morte cerebral dá à luz. **Zero Hora**, Porto Alegre, p. 30, 4 ago. 2005.

LOWN, Bernard. **A arte perdida de curar**. São Paulo: Fundação Petrópolis, 1997.

MARX, Karl. **O capital**: crítica da economia política. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1968. v. 1-2.

McWHINNEY, I. R. Beyond diagnosis: an approach to the integration of behavioural science and clinical medicine. **NEJM**, Boston, v. 287, p. 384-387, 1972.

MCWHINNEY, Ian R. **A textbook of family medicine**. 2. ed New York: Oxford University Press, 1997.

MERHY, E. E. **O ato de cuidar como um dos nós críticos chaves dos serviços de saúde**. Unicamp: DMPS/FCM/UNICAMP, 1999. Mimeo.

MERHY, E. E. **O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do Processo de trabalho em saúde**: um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo. Rio de Janeiro: CEBES, 1995.

MERHY, Emerson Elias. Agir em saúde: um desafio para o público. MERHY, Emerson Elias; ONOKO, Rosana (Org.). **Em busca do tempo perdido**: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 71-112. (Saúde em Debate; 108. Série Didática: 6).

MERHY, Emerson Elias. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor Saúde. **Interface**: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, SP, n. 6, p. 109-116, fev. 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia prático do programa saúde**. Brasília, Departamento de Atenção Básica, 2001.

MORA, José Ferrater. **Dicionário etimológico**. 2. ed. Madrid: Alianza, 1982.

MUCILLO, Vera. **Município de Porto Alegre**. [Porto alegre: Fac. de Informática, UFRGS], 2003. Disponível em: <http://www.inf.ufrgs.br/turismo/poa/fig_completa.html>. Acesso em: 20 jun. 2005.

NOBLE, David F. **El diseño de Estados Unidos**: la ciencia, la tecnología y la aparición del capitalismo monopolístico. Madrid: Ministério de Trabajo e Seguridad Social, 1997.

PORTER, Roy. **The Cambridge illustrated history of medicine**. Cambridge University Press, 2000.

PROMED. Ministério da Educação. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. Conselho Deliberativo. **Resolução/CD/FNDE Nº 029, de 14 de julho de 2005**. Brasília, 2005. Disponível em: <http://www.fnde.gov.br/home/promed/res29_14072005.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2003.

PROMED. **Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas**. Londrina, [200-]. Disponível em: <<http://www.redeunida.org.br/promed/index.asp>>. Acesso em: 15 jul. 2003.

RAKEL, Robert E. **Essentials of family practice**. 2. ed. Philadelphia: Saunders, 1998.

ROBINSON, G. Canby. **The patiente as a person**: a study of the social spectrs of illness. 3. ed. New York:: Oxford university Press, 1946.

SCHWARTZMAN, Simon. **A qualidade no espaço universitário**: conceitos, modelos e situação atual. Disponível em: <<http://www.schwartzman.org.br/simon/gamaf.htm>>. Acesso em: 17 set. 2005. Trabalho preparado para o I Congresso Internacional "Qualidade e Excelência na Educação", Universidade Gama Filho, Rio de janeiro, 25 a 29 de outubro de 1993.

SCLIAR, Moacir. O novo paciente já não é tão paciente. **Zero Hora**: Caderno Vida, p. 2, 06 mar. 2004.

SINGER, Peter. **Ética prática**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

STEWART, M. **Patient-centered medicine**: transforming the clinical method. Thousand Oaks: SAGE, 1995.

STEWART, Moira. **Paciente-centered medicine: transforming the clinical method**. 2. ed. Abingdon, United Kingdom: Redcliffe Medical, 2003.

TIM'S TV SHOWCASE. **Marcus Welby**. [S.l.: s.n, 200?]. Disponível em: <http://timstvshowcase.com/m_welby.html>. Acesso em: 26 mar. 2004.

TOMASI, Antonio. **Da qualificação à competência: pensando o século XXI**. Campinas: Papyrus, 2004.

VASCONCELLOS, M. P. Reflexões sobre a saúde da família. In: MENDES, E. V. **A organização da Saúde no nível Local**. Hucitec: São Paulo, 1998.

YALOM, Irvin D. **Quando Nietzsche chorou**. Rio de Janeiro: Ediouro, 2005

REFERÊNCIAS CONSULTADAS

CURRA, Leda C. D.; LOPES, José Mauro C. A importância do afeto na prática do médico de família e comunidade. Encontro de Psicanálise, 2004, Porto Alegre. Disponível em: <<http://www.agmfc.org.br/td/primaria.htm>>. Acesso em 20 jul. 2005.

ECO, Humberto. **Como se faz uma tese**. 18. ed. São Paulo: Perspectiva, 2003.

FILHO, Antonio Pereira. **Autonomia do médico nas instituições**. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br/revista/bio1v6/automedico.htm>>. Acesso em: 11 jul. 2005.

FINKEL, Lucila. **La organización social del trabajo**. Madrid: Piramide, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Perfil dos **Médicos e Enfermeiros do Programa de saúde da Família no Brasil**. Rio de Janeiro, Agosto 2000. v. 1.

GIUSTI, Carmen Lúcia Lobo. **Manual para normalização de trabalhos monográficos**: dissertações, teses e trabalhos acadêmicos (ABNT 2002). Pelotas: UFPel, 2003.

GOULART, Flávio A. de Andrade; RIBEIRO, José Mendes. **Experiências em saúde da família**: cada caso é um caso? Rio de Janeiro, 2002. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2002.

SIQUEIRA, Holgonsi Soares Gonçalves; PEREIRA, Maria Arleth. O sentido da autonomia no processo de globalização. **Revista Educação**, Santa Maria, v. 22, n. 2, 1998. Disponível em: <<http://www.angelfire.com/sk/holgonsi/index.autonomia1.html>>. Acesso em: 07 jul. 2005.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. **Idealized design of clinical office practices**. Disponível em: <http://cms.dartmouth.edu/images/PDF%20Files/Green%20Belt%20Curriculum/Module%202/IDCOP_Guide.pdf>. Acesso em: out. 2000.

JUPIASSÚ, Hilton. **Dicionário básico de filosofia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

LITTLE, Paul. Preferences of patients for patient centered approach to consultation in primary care: observational study. **BMJ**, London, v. 322, p. 468-472, 2001.

LOPES, José M. C. **A Estratégia Saúde da Família como representação da sociedade de controle na Saúde e suas repercussões na educação médica**. Porto Alegre, 2003. Texto conclusão da Disciplina “Sociedades Disciplinares, Sociedades de Controle e Educação” ministrada no PPGED, UFRGS, em agosto 2003.

LOPES, José M.C. **A repercussão da Estratégia Saúde da Família no mercado de trabalho e formação médica**. Porto Alegre, 2003. Trabalho de conclusão da disciplina “A transformação da formação profissional: mercados de trabalho e educação”. No PPGED, Ufrgs em agosto de 2003.

MOURA, Mário da Silva. **A Trajectória do Amor: ensaio sobre a medicina familiar**. Lisboa: Execução gráfica Corlito/Setúbal, 2000.

MOYSÉS, S. J.; SILVEIRA FILHO, A. D. **Saúde bucal da família: quando um corpo ganha uma boca**. Rio de Janeiro: CEBES, 2002.

NOGUEIRA, R. P. **O trabalho em serviços de saúde: organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para atuação da equipe de saúde da família**. Brasília: OPAS/OMS- Ministério da Saúde, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Declaration of Alma-Ata**, International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Disponível em: <http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_1>. Acesso em: 20 ago. 2004.

PORTO, Marco Antonio Teixeira; MOREIRA, Marcos Fernandes da Silva. Medicina moderna: a crise do sujeito singular ou Rudolf Virchow e os seis conceitos para definição do indivíduo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, p. 66, 2000.

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc Van. **Manual de investigação em ciências sociais**. 2. ed. Lisboa: Gradiva, 1998.

RAKEL, David. **Integrative medicine**. Local de publicação: Saunders, c2003.

RIBEIRO, Marlene. **Cuidado de si numa perspectiva ético-política na relação entre trabalho cooperativo e educação**. Porto Alegre, 2003. Polígrafo de aula.

RODRIGUES, Maísa Paulino; ARAÚJO, Mariza Sandra de Souza. **O fazer em saúde: um novo olhar sobre o processo de trabalho na estratégia saúde da família**. Porto Velho, c2001. Disponível em: <http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/polo_t05.htm>. Acesso em: 12 mar. 2004.

SOUZA, A. M. A.; SANTOS, I. **Processo educativo nos serviços de saúde**. Brasília: OPAS, 1993.

STEPHENSON. **A textbook of general practice**. London: Arnold, 1998.

ZARUR, George de Cerqueira Leite. **Situação atual do ensino médico brasileiro**. Brasília: Nota Técnica da Consultoria Legislativa da Câmara dos Deputados, 2000.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO PARA PESSOAS

A abordagem centrada na Pessoa: sua utilização no processo de produção do cuidado pelo médico de família e comunidade em Serviço de Atenção Primária à Saúde.

O objetivo desta pesquisa é conversar diretamente com os pacientes e médicos sobre como percebem o atendimento prestado pelos médicos de família do Serviço de Saúde Comunitária. As entrevistas irão ajudar-nos a conhecer como a atuação dos médicos de família nos serviços de saúde pode melhorar.

Médicos de Família e Pessoas atendidas nas Unidades do Serviço de Saúde Comunitária serão entrevistados. Será realizada apenas uma entrevista com cada selecionado, que durará aproximadamente 40 minutos.

Não existem vantagens diretas para você ao responder às perguntas, mas os resultados deste estudo serão muito importantes em melhorar o atendimento à saúde e a formação dos médicos de família.

Embora não existam riscos neste tipo de estudo, a entrevista exigirá um pouco do seu tempo. E dentro da lei, as suas respostas serão mantidas confidenciais ou “privadas”. Além disso, você terá a garantia de que todas as dúvidas ou perguntas que você tiver sobre a pesquisa serão respondidas.

As informações obtidas serão usadas como parte de um estudo sobre atenção à saúde: modelo de abordagem pelo médico de família aos problemas de saúde das pessoas. Seu nome e endereço não são parte das informações obtidas, assim suas respostas não poderão ser identificadas. As respostas dadas pelos entrevistados são privadas e confidenciais e somente a equipe do estudo terá acesso a elas.

Sua participação neste estudo é completamente voluntária. Você tem o direito de não responder a algumas perguntas ou parar a entrevista em qualquer momento. Não importando sua decisão de participar ou não, o atendimento que recebe nesta Unidade do Serviço de Saúde Comunitária não irá mudar.

Se você está de acordo em participar, basta assinar esta declaração e iniciar a entrevista. A equipe do estudo agradece a sua atenção e disponibilidade.

Assim, o abaixo-assinado identificado declara ter recebido uma explicação clara e completa sobre esta pesquisa, a qual submete-se de livre e espontânea vontade.

Porto Alegre, ____ de _____ de 200__.

Assinatura do entrevistado

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO PARA MÉDICOS DE FAMÍLIA

A abordagem centrada na Pessoa: sua utilização no processo de produção do cuidado pelo médico de família e comunidade em Serviço de Atenção Primária à Saúde.

O objetivo desta pesquisa é conversar diretamente com os pacientes e médicos sobre como percebem o atendimento prestado pelos médicos de família do Serviço de Saúde Comunitária. As entrevistas irão ajudar-nos a conhecer como a atuação dos médicos de família nos serviços de saúde pode melhorar.

Médicos de Família e Pessoas atendidas nas Unidades do Serviço de Saúde Comunitária serão entrevistados. Será realizada apenas uma entrevista com cada selecionado, que durará aproximadamente 40 minutos.

Não existem vantagens diretas para você ao responder às perguntas, mas os resultados deste estudo serão muito importantes em melhorar o atendimento à saúde e a formação dos médicos de família.

Embora não existam riscos neste tipo de estudo, a entrevista exigirá um pouco do seu tempo. E dentro da lei, as suas respostas serão mantidas confidenciais ou “privadas”. Além disso, você terá a garantia de que todas as dúvidas ou perguntas que você tiver sobre a pesquisa serão respondidas.

As informações obtidas serão usadas como parte de um estudo sobre atenção à saúde: modelo de abordagem pelo médico de família aos problemas de saúde das pessoas. Seu nome e endereço não são parte das informações obtidas, assim suas respostas não poderão ser identificadas. As respostas dadas pelos entrevistados são privadas e confidenciais e somente a equipe do estudo terá acesso a elas.

Sua participação neste estudo é completamente voluntária. Você tem o direito de não responder a algumas perguntas ou parar a entrevista em qualquer momento.

Se você está de acordo em participar, basta assinar esta declaração e iniciar a entrevista. A equipe do estudo agradece a sua atenção e disponibilidade. _____

Assim, o abaixo-assinado identificado declara ter recebido uma explicação clara e completa sobre esta pesquisa, a qual submete-se de livre e espontânea vontade.

Porto Alegre, ____ de _____ de 200__.

Assinatura do entrevistado

APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTAS PARA PESSOAS ATENDIDAS

Objetivo: **Elaborar perfil das pessoas entrevistadas.**

Nome: _____ Sexo: (F) (M). Idade: _____ Etnia: _____ Estado civil:
 (1)solteiro (2)casado (3)divorciado (4)viúvo (5)outro. Renda: _____ Escolaridade:
 (1)analfabeto. (2)1ºgrau (3)2ºgrau (4)superior. Tempo moradia na comunidade:
 _____.

Objetivo: **Conhecer o processo de acesso das pessoas ao cuidado à saúde.**

Pergunta 1 – *O Senhor(a) pode me explicar como faz para consultar nesta Unidade de Saúde? Explique melhor?*

1.1 - *Qual o tempo de demora para conseguir marcar uma consulta antecipada? E para o mesmo dia?*

1.2 - *Qual o tempo de espera para consultar?*

1.3 - *Quais as principais dificuldades que considera para ser atendido?*

1.4 - *Como é a recepção / acolhimento?*

Objetivo: **Conhecimento das representações sobre o trabalho em equipe.**

Pergunta 2 – *Quando o Sr.(a) busca atendimento nesta Unidade, em geral é atendido por qual profissional?*

2.1 - *Poderia descrever, caso tenha acontecido, uma situação em que o médico pediu ajuda ou encaminhou o Sr.(a) a outro profissional desta Unidade para resolver seu problema?*

Objetivo: **Conhecer as representações cognitivas das pessoas sobre a medicina de família e comunidade enquanto especialidade.**

Pergunta 3 – *O Sr.(a) sabe o nome da especialidade do médico que o atendeu nesta Unidade?*

3.1 - *Como o Sr.(a) descreveria a especialidade do médico que o atendeu nesta Unidade?*

3.2 – *O Sr.(a) poderia descrever o que diferencia este médico de outros que já lhe atenderam?*

Objetivo: **Identificar representações atitudinais do componente do M CCP: “explorando a experiência das pessoas com a doença e a enfermidade”.**

Pergunta 4 – *Como o Sr.(a) descreveria o modo como o médico conversou sobre o problema principal de saúde que motivou a consulta?*

4.1 - *Foi conversado o suficiente?*

4.2 - *O Sr.(a) ficou satisfeito?*

4.3 - *Considera que o médico ouviu tudo o que o Sr.(a) gostaria de falar?*

4.4 – *O médico conversou sobre como o Sr.(a) reagiu a outras situações de doença pessoal ou em familiares?*

4.5 – *O médico conversou sobre como estão seus sentimentos em relação ao fato de estar com problemas de saúde?*

4.6 – *O médico verificou seus medos, expectativas em relação aos seus problemas de saúde?*

Objetivo: **Identificar representações atitudinais do componente do MCCP: “Elaborando um projeto comum ao médico e à Pessoa para manejar os problemas de saúde – definição do problema”.**

Pergunta 5 – *O Sr.(a) poderia comentar sobre como o médico explicou sobre seu(s) problema(s) de saúde?*

5.1 – *O médico buscou ter certeza de qual era o seu principal problema de saúde?*

5.2 – *O médico buscou sua ajuda para definir qual era seu problema principal?*

5.2 – *O Sr.(a) teve oportunidade de tirar suas dúvidas?*

5.3 - *O médico buscou ter certeza de que o Sr(a) havia entendido qual é seu problema de saúde?*

Objetivo: **Identificar representações atitudinais do componente do MCCP: “Elaborando um projeto comum ao médico e à Pessoa para manejar os problemas de saúde – definição de papéis”.**

Pergunta 6 – *O Sr.(a) poderia descrever sobre a parte da consulta em que falaram sobre as responsabilidades de cada um no cuidado à saúde?*

6.1 - *Houve esta parte em que o médico conversou sobre o que cabe a cada um – médico e Pessoa – como responsabilidade no cuidado à saúde?*

Objetivo: **Identificar representações atitudinais do componente do MCCP: “Elaborando um projeto comum ao médico a à Pessoa para manejar os problemas de saúde – decidindo em conjunto”.**

Pergunta 7 – *O Sr.(a) poderia descrever como foi discutido o cuidado à saúde?*

7.1 - *Foi suficientemente esclarecedor?*

7.2 - O médico discutiu sobre as possibilidades do Sr.(a) realizá-lo?

7.3 - Foi perguntado sobre suas dificuldades em realizar o que foi proposto para cuidar de sua saúde?

7.4 – Foi conversado sobre os objetivos a serem buscados para alcançar sucesso no cuidado à sua saúde?

Objetivo: Identificar representações atitudinais do componente do M CCP: “Entendendo a Pessoa de modo abrangente, inteira”.

Pergunta 8 – O Sr.(a) poderia dizer o quanto o médico conversou sobre assuntos pessoais, familiares ou profissionais?

8.1 – O Sr.(a) considera que o médico conversou o suficiente sobre sua história de vida para conhecê-lo (a) bem?

8.2 – O médico conversou sobre aspectos de sua vida tais como: emprego, família, lazer, dificuldades?

8.3 – O Sr.(a) de alguma forma tentou falar com o médico sobre estes assuntos?

8.4 – Como o Sr.(a) considera que o médico reagiu?

8.2 – Considera que não foi necessário, pois o médico já o conhece bem?

8.3 - Pode citar um exemplo de situação deste tipo que tenha ocorrido?

APÊNDICE D - ROTEIRO DAS ENTREVISTAS COM MÉDICOS DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

Objetivo: **Elaborar perfil dos profissionais entrevistados.**

Nome: _____ Idade: _____ Sexo: (1)feminino (2)masculino. Unidade SSC que atua: _____ Preceptor: (1)sim (2)não. Local: Graduação: _____ Residência Médica: _____ Tempo de: Formado: (1) <1ano (2) 1 a 5anos (3) 5 a 10 anos (4) 10 a 20 anos (5) >20 anos Atuação no SSC: (1) < 1 ano (2) 1 a 5 anos (3) 5 a 10 anos (4) 10 a 20 anos (5) > 20 anos Especializações/Pós-graduação:

Objetivo: **Conhecer o processo de acesso das pessoas ao cuidado à saúde.**

Pergunta 1 – *O Senhor(a) pode me explicar como as pessoas fazem para consultar nesta Unidade de Saúde?*

1.1 – Tem idéia de qual o tempo de demora para agendar uma consulta?

1.2 – Tem idéia de qual o tempo de espera para consultar?

1.3 – Poderia descrever aquelas que considera as principais dificuldades para as pessoas serem atendidas nesta Unidade?

1.4 – Qual sua percepção sobre como as pessoas são recebidas/ acolhidas?

Objetivo: **Conhecimento das representações sobre o trabalho em equipe.**

Pergunta 2 – *Poderia descrever, caso tenha acontecido, uma situação em que pediu ajuda ou encaminhou a Pessoa atendida a outro profissional desta Unidade para resolver seu problema?*

2.1 – Qual a seu ver é o aspecto que melhor caracteriza o trabalho em equipe nesta Unidade?

Objetivo: **Conhecer as representações cognitivas das pessoas sobre a medicina de família e comunidade enquanto especialidade.**

Pergunta 3 – *O Sr.(a) considera que as pessoas atendidas sabem o nome de sua especialidade?*

Objetivo: **Conhecer as representações cognitivas e atitudinais dos profissionais sobre a abordagem centrada na Pessoa.**

Pergunta 4 – *No seu entendimento que aspectos na abordagem aos problemas de saúde caracterizaria uma atuação centrada na Pessoa?*

Objetivo: **Identificar representações atitudinais do componente do MCCP: “explorando a experiência das pessoas com a doença e a enfermidade”.**

Pergunta 5 – *Como o Sr.(a) descreveria o modo como conversou sobre o problema principal de saúde que motivou a consulta das seguintes pessoas atendidas hoje?*

5.1 - *Foi conversado o suficiente?*

5.2 - *O Sr.(a) ficou satisfeito?*

5.3 - *Considera que ouviu tudo o que as pessoas gostariam de falar?*

5.4 – *Conversou sobre como estas pessoas reagiram a outras situações de doença pessoal ou em familiares?*

5.5 – *Conversou sobre como estão os sentimentos destas pessoas em relação ao fato de estar com problemas de saúde?*

5.6 – *Abordou seus medos, expectativas em relação aos seus problemas de saúde?*

Objetivo: **Identificar representações atitudinais do componente do MCCP: “Elaborando um projeto comum ao médico e à Pessoa para manejar os problemas de saúde – definição do problema”.**

Pergunta 6 – *O Sr.(a) poderia comentar sobre como explicou sobre seu(s) problema(s) de saúde?*

6.1 – *Buscou ter certeza com as pessoas de qual era o seu principal problema de saúde?*

6.2 – *Buscou ajuda delas para definir qual era seu problema principal?*

6.2 – *Considera que deu oportunidade para que as pessoas tirassem suas dúvidas?*

6.3 – *Ao final buscou ter certeza de que as pessoas haviam entendido qual é seu problema de saúde?*

Objetivo: **Identificar representações atitudinais do componente do MCCP: “Elaborando um projeto comum ao médico e à Pessoa para manejar os problemas de saúde – definição de papéis”.**

Pergunta 7 – *O Sr.(a) poderia descrever sobre a parte da consulta em que falaram sobre as responsabilidades de cada um no cuidado à saúde?*

7.1 - *Houve durante a consulta esta parte em que conversaram sobre o que cabe a cada um – médico e Pessoa – como responsabilidade no cuidado à saúde?*

Objetivo: **Identificar representações atitudinais do componente do MCCP: “Elaborando um projeto comum ao médico e à Pessoa para manejar os problemas de saúde – decidindo em conjunto”.**

Pergunta 8 – *O Sr.(a) poderia descrever como foi discutido o cuidado à saúde?*

8.1 – Considera que foi suficientemente esclarecedor?

8.2 – Que discutiu sobre as possibilidades da Pessoa realizar o que estava sendo proposto?

8.3 – Foi conversado sobre os objetivos a serem buscados para alcançar sucesso no cuidado à saúde de quem estava sendo atendido?

Objetivo: **Identificar representações atitudinais do componente do MCCP: “Entendendo a Pessoa de modo abrangente, inteira”.**

Pergunta 9 – *O Sr.(a) poderia dizer o quanto com as pessoas conversou sobre assuntos pessoais, familiares ou profissionais que podem ter impacto na saúde?*

9.1 – O Sr.(a) considera que conversou o suficiente sobre a história de vida para conhecê-lo (a) bem?

9.2 – Conversou sobre aspectos de sua vida tais como: emprego, família, lazer, dificuldades?

9.3 – Você de alguma forma tentou estimular a Pessoa a falar sobre estes assuntos?

9.4 – Ela tentou ou sinalizou que gostaria de falar sobre estes assuntos?

9.5 - Como o Sr.(a) considera que reagiu?

9.6 – Considera que não foi necessário, pois já o conhece bem?

APÊNDICE E - ROTEIRO DA ENTREVISTA COM DR.CARLOS GROSSMAN

Objetivo: **Elaborar perfil do entrevistado.**

Objetivo: **Conhecer motivação para a escolha da profissão médica.**

Pergunta 1 – *O Senhor poderia falar um pouco sobre como foi a escolha em fazer medicina? 1.1 - De onde veio sua motivação?*

1.2 - Teve algum modelo inspirador?

Objetivo: **Compreender a origem e construção do modelo de abordagem às pessoas que utiliza.**

Pergunta 2 – *Poderia descrever qual o entendimento que tem sobre como se construiu o “seu jeito” de cuidar das pessoas?*

2.1 - Existiu algum modelo?

2.2 - Realizou algum estudo teórico que contribuiu?

2.3 - Considera que seu modelo é inato, natural, é parte do seu jeito de ser?

2.4- Foi resultado de “trabalho” e “reflexão”?

Objetivo: **Caracterizar o modelo utilizado.**

Pergunta 3 – *O Sr. poderia descrever ou citar que aspectos considera como fundamentais e caracterizadores do modelo de abordagem que utiliza?*

Objetivo: **Resgatar história SSC**

Pergunta 4 – *Como foi a elaboração da idéia em formar médicos de família?*

ANEXO A – TRABALHOS DE ALUNOS EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Trabalho de Conclusão do IV semestre em Atenção Primária à Saúde.

Apresentamos dois trabalhos realizados individualmente, com autorização dos autores, mantendo-os em sua originalidade.

Orientação:

Selecionar um caso ou situação atendida ou observada e descrever como foi realizado, submetê-lo à lógica de uma abordagem centrada na Pessoa e descrever que aspectos caracterizam esta abordagem (estão presentes) e /ou que aspectos considera que faltaram ou deveriam ter sido implementados para caracterizar uma abordagem centrada na Pessoa.

Trabalho 1 –

HISTÓRIA VIVENCIADA:

Estávamos em atendimento [...]. Eis que uma situação muito constrangedora ocorreu naquela tarde de quarta-feira. Tudo começou quando chamamos o Sr. João (nome fictício) à consulta com [...]. Na sala estava eu e mais dois colegas, sendo que a proposta era que o residente viesse nos auxiliar e, só em último caso chamaríamos o professor. Seu João, 72 anos entrou na sala junto com a filha, Maria (nome fictício) e a esposa. Relatou que há cerca de seis meses iniciou com sintomas obstrutivos e irritativos associados ao hábito urinário. A hesitação miccional, a sensação de esvaziamento incompleto, o jato fraco e noctúria foram piorando com o passar dos meses, até que procurou o médico e, conforme os exames, foi encaminhado para uma prostatectomia radical. Seu PSA era de 20 e o Gleason de 7. Relatou que já estivera no Ambulatório na semana anterior e foi pedido para que retornasse para marcar a consulta com o médico que já havia sido estabelecido. Qual não foi nossa surpresa quando o residente da cirurgia entrou na sala, após nem sequer pedir o nome do paciente, falou que ele viera por nada, já que teria que aguardar a data da consulta em casa. A filha, Maria, mostrou o papel confirmando que realmente tinham marcado o retorno para este dia e demonstrou o interesse de conversar um pouco a respeito de como seria o procedimento que o pai iria ser submetido; ninguém até então tinha explicado para o doente, de forma clara, o que ele tinha. O residente pediu para que aguardassem em casa a data da cirurgia e então, no dia, poderiam esclarecer as dúvidas. Em nenhum momento procurou compreender a situação de “illness” do paciente. Pegou novamente o telefone de Seu João e se retirou da sala, dizendo que iria verificar qual médico gostaria de fazer o procedimento. Ficamos perplexos com a frieza do médico residente; esclarecemos um pouco a situação para o paciente e

aconselhamos que ficassem calmos. Estaríamos à disposição. No momento que saíam da sala, a filha, ficando para trás, conversou individualmente comigo e, muito preocupada, pediu se não era possível conversar com o médico que havia falado com Seu João, na semana anterior, já que dissera que ele mesmo faria a cirurgia. Pedi o nome do médico e, como o vira anteriormente no [...], fui conversar com ele. Atendeu-me prontamente e pediu para que ela aguardasse. Voltei aos meus atendimentos e, cerca de duas horas e meia depois, quando já estava indo embora, avistei Maria, sentada, esperando. Fui atrás do médico e consegui alcançá-lo, já que havia esquecido e estava saindo. Pedi para que eu o acompanhasse e retornou, entrando em uma das salas. Sentamos, expliquei o caso, estávamos eu, Maria e o médico. Ela estava muito assustada com toda situação e questionou o professor das condições do pai, assim como do procedimento que seria realizado e do pós – operatório. O médico, muito grosseiramente, indagou a respeito da cintilografia óssea, que Seu João deveria ter feito. Maria disse que não puderam fazer, pois era muito caro e relatou que, inclusive tentou entrar em contato com ele para ver da possibilidade de fazer outro exame. O médico retrucou dizendo que não o procurasse se não no Ambulatório, ficou alterado e disse, de forma direta para a moça já assustada, que, sem este exame não poderia saber se o pai dela já tem metástases ósseas ou não, mas o procedimento será feito igual. A moça ficou com os olhos cheios de água. Naquela hora o mesmo residente da cirurgia que conversamos anteriormente entrou na sala e o médico entregou a ele o caso, reiterando que marcasse a cirurgia. O médico finalizou a conversa explicando sobre o pó –operatório e deixou claro que a situação do pai era muito séria. Saiu da sala, Maria tentou ir atrás, não tinha esclarecido todas suas dúvidas, mas foi em vão, ele se fora. Começou a chorar, desabafou falando que é preciso que existam médicos mais humanos e preocupados com o próximo; disse, inclusive, que era para eu me formar logo. Só restou dizer a ela que ficasse calma, daria tudo certo e mesmo que o médico não tivesse sido simpático, era um ótimo profissional.

ANÁLISE DA SITUAÇÃO:

Foi uma longa história, contudo foi real e talvez uma das mais constrangedoras que vivenciei até então. Situações como essa são uma verdadeira contradição a tudo aquilo que aprendemos e discutimos desde que entrei na faculdade de medicina. Vários pontos podem ser destacados desta situação real (omiti os nomes das pessoas, pois isto também faz parte da ética médica), envolvendo a conduta do médico – residente e a do médico [...]. Inicialmente só eu e meus colegas conseguimos perceber o “illness” do paciente. Seu João estava abatido, preocupado com o seu estado, dependia da esposa e da filha para darem-lhe segurança e apoio. Nessa situação procurou o médico justamente para poder tranquilizar-se. Não foi o que ocorreu; em nenhum momento os médicos procuraram perceber o doente. O “disease” estava implícito, já que se submeteria a uma prostatectomia radical. De tudo o que sabemos e

aprendemos sobre a consulta, desde compreender o “illness”, melhorar comunicação, aumentar reflexividade, avaliar contexto, nada disso foi usado na situação. Os valores do paciente foram esquecidos, os valores da família nem se fala e o que ficou foi uma revolta e uma preocupação maior ainda de toda família. A comunicação médico-paciente na lógica de uma abordagem centrada na Pessoa foi ineficaz. Não se fez a história e não se deu a dimensão do “illness” (tentei, mas o residente não permitiu que continuasse, estava com pressa). Um outro ponto, não menos importante – entendendo a Pessoa - também não foi sugerido. A preocupação com prevenção, promoção da saúde, além dos problemas do indivíduo, bem como deste no contexto familiar em nenhum momento foram abordados. Mais uma vez o básico da relação centrada na Pessoa como “illness” e explorando sintomas, história pessoal do paciente associado tratamento que será submetido, expectativas além das dimensões deste quadro (sentimentos sobre o seu problema, expectativas para com o médico e efeitos da doença na ocupação do paciente) não foram cumpridos. É uma pena que existam profissionais que ainda não perceberam a importância de valorizar aquele indivíduo que precisa de ajuda e que, na pior das hipóteses, poderia ser seu familiar. Até que muitos não aprendam a pensar no próximo como se fosse alguém especial será difícil levar para os consultórios a humanização, tão falada, da prática médica. O que aprendo com tudo isso é que não seguirei o exemplo destes profissionais, muito medíocres, no meu ponto de vista. Infelizmente, assim como eles, existem muitos outros que não irei me espelhar durante minha formação médica. Fiz questão de abordar esta situação de descaso, pois mesmo trabalhando com ótimos profissionais, situações como esta ocorrem com frequência e nos despertam um sentimento de tristeza. O bom de tudo isto, se é que posso dizer assim, é que aprendi muito com esta disciplina de Atenção primária à saúde e, aliado a minha personalidade tenho certeza que os encantos da medicina não se resumem ao cientificismo, que é importante, mas principalmente à vida de cada paciente que senta a nossa frente, pedindo ajuda. É uma profissão encantadora, pois lida com a vida, com a saúde e, o mais importante, com cada Pessoa que conversamos e procuramos ajudar estamos evoluindo como seres humanos.

Trabalho 2 –

Caso Clínico de APS IV

A consulta foi realizada [...] e baseado no que aprendemos sobre a relação médico-paciente e a medicina da família pude analisar o atendimento e enfatizar itens que poderiam ser melhorados.

P., 63 anos, natural de Jaquirana, profissão: caminhoneiro

SUBJETIVO

Queixa Principal: falta de ar

HDA: Há 18 anos iniciou com dispnéia aos grandes esforços e tosse com pigarro de evolução lenta. Há 12 anos houve uma exacerbação, com piora da dispnéia devido a paracoccidiodomicose, fez tratamento, mas a dispnéia aos esforços se manteve.

Em janeiro de 2005 relatou piora do quadro, referindo dispnéia aos pequenos esforços e ao repouso, dor ventilatório-dependente em hemitórax esquerdo, dispnéia paroxística noturna e ortopnéia e intensificação do chiado no peito. Além disso, relata plenitude gástrica pós-prandial e edema nos membros inferiores.

Nega hemoptise e expectoração purulenta.

Pedro apresenta-se bastante descontente com o tratamento, pois apesar de segui-lo seus sintomas estão piorando não conseguindo realizar suas atividades diárias como tomar banho sozinho, caminhar pela casa. A doença está interferindo nas suas tarefas incluindo seu trabalho.

Em relação a sua família diz ser casado há 25 anos e ter 5 filhos. Não se enfatizou a relação familiar.

Ele reside em [...], mas é natural de J., mora no bairro R., porém passava pouco tempo com sua família devido a sua profissão.

Antecedentes Pessoais:

Ex-fumante (fumou durante 50 anos e parou há 2 meses).

Faz uso de álcool

Nega HAS, Diabetes.

Cirurgias Prévias:

Colecistectomia em janeiro de 2005

Internação por Tifo há 18 anos

Internações por problemas pulmonares

História Familiar

Pai : faleceu com 50 anos

Mãe: cardiopata (faleceu com 50 anos)

Irmãos: HAS, cardiopatas

OBJETIVO

Exame Físico

Sinais Vitais: Fr: 30 rpm Fc: 94 bpm PA: 110/170

Estado Geral: bom; Mucosas úmidas e bem coradas

TCSC: edema de 3+/++++ em membros inferiores e região sacral

Pele: cianose leve

Linfonodos: impalpáveis

Pulsos: presentes

Cabeça e Pescoço

Sinais de Hiperinsuflação Pulmonar

Ausência de turgência Jugular

Ausência de sopro carotídeo

Tireóide normal

Tórax:

Inspeção: aumento do diâmetro ântero-posterior, tórax em barril

cicatriz látero-lateral no hemitórax direito

Expansibilidade pulmonar normal

Ictus inpalpável e invisível

Ausculta Cardíaca: RR 2 T, bulhas hipofonéticas

Ausculta Pulmonar: Mv diminuído bilateral, sibilos nas bases pulmonares bilaterais

Abdome:

Inspeção: cicatriz no hipocôndrio direito

Palpação: globoso, rígido, sem presença de megalias

Sinal do Piparotti - negativo

Rins:

PPL- NEGATIVO

Exames Complementares:

Raio X de Tórax

O raios-X de tórax apresentou hiperinsuflação pulmonar, aumento do diâmetro ântero-posterior, infiltrado pulmonar difuso e presença de bolhas de enfisema.

AVALIAÇÃO

Diagnóstico: DPOC

O diagnóstico de DPOC foi feito a partir dos sinais e sintomas que o paciente apresentava e por ele ser tabagista.

PLANO

Tratamento:

- Abandonar o cigarro
- Oxigenioterapia
- Broncodilatadores:

Sintomas leves a moderados, contínuos: brometro de ipratrópio spray, 2-6 jatos a cada 6-8h + 82- agonista 1-4 jatos 4x1diaou conforme necessidade.

Se houver aumento leve a moderado dos sintomas acrescentar: b-agonista de longa ação (salmeterol ou formoterol) ou teofilina de liberação lenta 200-400 mg 2x1dia ou 400-800mg ao deitar para sintomas noturnos.

Tratamento da Exacerbação: antibióticos parenterais, broncodilatadores (b-agonista de curta ação a cada 20 minutos até 3 doses, e em seguida de 2/2 a 4/4h, até estabilização + brometo de ipratrópio, corticóides endovenosos, oxigenoterapia, ventilação mecânica e fisioterapia respiratória.

Glicocorticoide

Essa consulta foi realizada no [...] e achei interessante, pois há alguns itens que poderiam ter sido enfocados em relação ao método centrado no paciente, porém não foram, portanto eu irei citá-los e comentá-los.

O método centrado no paciente tem seis componentes fundamentais:

- 1) Explorar a doença e a experiência com a doença : história, exame físico, exames laboratoriais , dimensão da doença: sentimentos, idéias, efeitos nas funções diárias e no trabalho.
- 2) Ver a Pessoa como um todo: história, atividades e desenvolvimento pessoais contexto próximo: família, educação, emprego, lazer; contexto distante: comunidade, cultura, questões econômicas, clima.
- 3) Encontrar objetivos comuns: problemas e prioridades; metas de tratamento ou acompanhamento; papéis (funções) do médico e do paciente;
- 4) Incorporar prevenção a doenças e promoção da saúde
- 5) Realçar a relação médico-paciente
- 6) Ser prático.

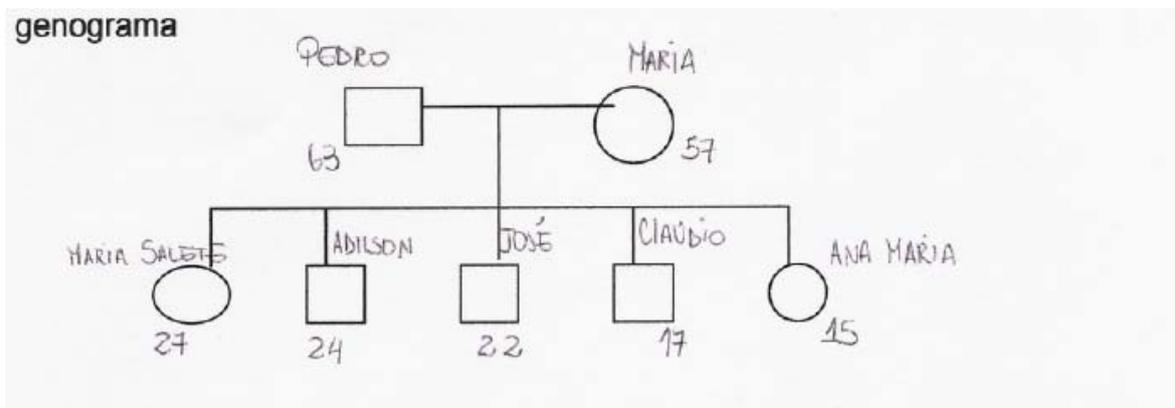
EXPERIÊNCIA COM A DOENÇA

Em relação ao abatido e descontente indivíduo (P.), na consulta, percebeu-se que ele estava com o tratamento, além disso, a doença (DPOC) estava interferindo nas suas tarefas diárias e no seu trabalho, pois a dispnéia é muito intensa não conseguindo mais exercer sua profissão.

VER A PESSOA COMO UM TODO

A fase do ciclo familiar poderia ter sido mais investigada, pois ,sobre sua família, foi questionado se ele era casado e se tinha filhos, não se sabe sobre suas relações com a mulher. Logo, não podemos avaliar se há problemas na família, e se a sua doença contribui para desentendimentos no convívio familiar.

A partir das informações fornecidas pelo paciente pode-se construir um genograma.



Um instrumento de avaliação familiar é o genograma, ele ajuda a construir uma perspectiva do passado familiar pelo menos por três gerações seguidas. Este registro, ajuda a construir uma perspectiva do passado familiar e dos problemas potenciais do futuro, como sejam: doenças hereditárias ou de incidência familiar; comportamentos que tendem a transmitir-se através das gerações (como alcoolismo ou a violência); problemas conjugais; outros.

A estrutura familiar também é muito importante para a compreensão da Pessoa como um todo e não apenas como uma Pessoa que tem uma doença. Há vários tipos de famílias: nuclear, extensa, unitária, monoparental, reconstruída e outras que não se enquadram em nenhuma dessas citadas.

As famílias também são divididas em ciclos e cada um deles tem problemas específicos e tarefas a realizar. A realização dessas tarefas é importante para o bem estar da família e para o crescimento biopsicossocial dos seus membros. A falha na realização dessas tarefas, levará a infelicidade dos seus membros, trará dificuldades adicionais no cumprimento das tarefas dos estádios seguintes do ciclo de vida familiar e levará a disfunção da família. Das oito etapas descritas por Duvall, o estágio da família do paciente é 6 ou 7.

6- família com adultos jovens (a sair de casa)

7- família de meia-idade (entre a saída do último filho e a reforma).

O desenvolvimento de uma doença grave, prolongada ou crônica, pode influenciar negativamente o desenvolvimento da família.

A partir da anamnese percebe-se que o papel dentro do Pedro na sua família é fundamental, pois ele é o único membro da família que trabalha. Porém, devido a sua doença ele não consegue realizar sua profissão não conseguindo manter a renda da família.

Não foi questionado sobre as tarefas que desempenha no dia-a-dia como: cuidar dos filhos, buscar no colégio, grau de escolaridade dos filhos entre outros.

Em relação ao contexto em que vivem, a única informação que se sabe é que eles moram no bairro R., numa casa de madeira, os filhos não foram escolarizados e a renda mensal da família era de R\$ 500,00 reais (antes do agravo da doença).

PREVENÇÃO DE DOENÇAS E PROMOÇÃO DA SAÚDE

Uma informação que não foi abordada é o alcoolismo, pois Pedro referiu beber todos os dias 3 copos de cerveja ou 2 doses de cachaça. Isso, provavelmente, interfere muito no relacionamento familiar e deveria ter sido mais investigado. Além disso, o alcoolismo pode interferir no tratamento, pois o alcoólatra esquece de tomar os medicamentos ou até dá prioridade a bebida se precisar comprar os remédios.

O tabagismo também interfere na vida desse paciente, pois ele fumou a vida inteira e necessita de um acompanhamento psicológico através de grupos de terapia ou até consultas com psicólogos. Esses encaminhamentos devem ser feitos pelos médicos a fim de proporcionarem ao paciente mais informação sobre seus maus hábitos tentando instruí-los para que deixem de fumar.

ESTABELEECER OBJETIVOS COMUNS

Na história do paciente ele demonstrou-se insatisfeito com o tratamento, sendo mais uma preocupação do médico em verificar se ele abandonou o tratamento. Esses dados exigem uma boa relação médico-paciente, que não é só construída a partir da doença, mas sim a partir da Pessoa como um todo(meio em que vive, condições financeiras, dados sobre sua família, profissão, renda). No caso citado, dos seis itens que caracterizam o modelo centrado no paciente, os que não foram abordados na consulta foram: ver a Pessoa como um todo(contexto próximo e distante), experiência com a doença (dimensão da doença) e incorporar a prevenção de doenças e a promoção da saúde. Esses itens foram todos explicados acima e se eles forem abordados: em todas as consultas haverá uma melhor relação médico-paciente e um melhor entendimento da Pessoa e da doença. Portanto, a melhora da relação médico-paciente pode ser feita através do entendimento da Pessoa como um todo, usando-se um modelo mais humanista de se relacionar com os pacientes.