

Práticas e Crenças do Médico de Família

Practices and Beliefs of Family Physician

Telmo Mota Ronzan¹
Mário Sérgio Ribeiro²

PALAVRAS-CHAVE:

- Saúde da Família;
- Política de Saúde;
- Crenças Religiosas;
- Pesquisa qualitativa;
- Educação Médica.

KEY-WORDS:

- Family Health;
- Health Policy;
- Religion;
- Qualitative Research;
- Education, Medical.

RESUMO

Em todo o mundo, as políticas de saúde têm passado por um processo de mudanças de enfoque. Atualmente, no Brasil, a principal estratégia de reforma dos sistemas de saúde é o Programa de Saúde da Família. Porém, percebe-se que as práticas e crenças dos médicos que atuam no programa ainda são pautadas pelo paradigma curativo e da atenção pelo especialista. Este artigo apresenta uma pesquisa qualitativa realizada com o objetivo de avaliar as práticas e crenças dos médicos de PSF. Foram entrevistados cinco médicos de família, e as entrevistas foram submetidas a uma análise de conteúdo. Os resultados sugerem que os médicos apresentam algumas dificuldades para alcançar os objetivos do PSF, bem como problemas em se identificar com o perfil de trabalho no programa. Discute-se a importância das mudanças no processo de formação e de identidade profissional dos médicos como uma premissa para alcançar os objetivos do PSF.

ABSTRACT

Health policies worldwide are undergoing a change in focus. In Brazil, the currently prevailing main strategy for reforming the public health system is the Family Health Program (Programa de Saúde da Família – PSF). Nevertheless, family physicians' beliefs and practices still focus primarily on curative and specialized healthcare paradigms. This paper presents a qualitative study aimed at evaluating practices and beliefs among physicians working in the PSF. Five family physicians were interviewed, and the interviews were submitted to content analysis. Our results suggest that family physicians still experience difficulty in achieving PSF goals and identifying with the Program's work profile. The importance of changes in the process of medical training and professional identification is discussed as a premise for reaching the goals of the PSF.

Recebido em: 01/06/2004

Reencaminhado em: 15/07/2004

Aprovado em: 30/08/2004

¹Psicólogo, Especialista em Saúde Coletiva, Mestre em Psicologia Social, Doutorando em Ciências da Saúde, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil.

²Médico, Doutor em Filosofia, Professor Adjunto de Psiquiatria, Laboratório de Pesquisas em Personalidade, Álcool e Drogas, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Brasil.

INTRODUÇÃO

As políticas de saúde têm se preocupado cada vez mais com a mudança de enfoque das práticas assistenciais, havendo um esforço para reformas dos sistemas de saúde e dos centros formadores que levem em conta as ações relacionadas à promoção em saúde, em contraposição a práticas meramente curativas, em geral desenvolvidas em contextos especializados^{1,2,3}.

Um dos marcos históricos nas discussões sobre reformas de sistemas de saúde foi a Conferência Internacional de Saúde realizada em 1978 na cidade de Alma-Ata. Nela, concluiu-se que, para alcançar um quadro de saúde satisfatório, seria necessário o desenvolvimento socioeconômico dos países subdesenvolvidos, além de maior preocupação na prevenção e promoção em saúde.

A partir daí, propôs-se o modelo da atenção primária como estratégia para alcançar a meta, definida pela Assembléia Mundial de 1977 da Organização Mundial de Saúde (OMS), de que o objetivo social principal dos governos e da OMS nas décadas vindouras deveria ser a obtenção, por todos os cidadãos do mundo, no ano 2000, de um nível de saúde que lhes permitisse conduzir uma vida social e economicamente produtiva. Essa meta ficou conhecida popularmente como "saúde para todos no ano 2000"⁴.

Apesar das dificuldades de atingir os objetivos do SPT 2000, a Conferência de Alma-Ata foi de suma importância para a mudança da forma de pensar e fazer saúde no mundo, priorizando a Atenção Primária à Saúde (APS). Esta apresenta como pressupostos principais a promoção em saúde, a prevenção e a intersectorialidade — esta última caracterizada como a ação integralizada entre os diversos níveis de atenção e outros setores da sociedade, uma preocupação com as questões socioeconômicas e com o trabalho interdisciplinar.

A partir da Conferência de Alma-Ata, outras discussões e encontros foram marcantes para a consolidação das propostas de APS e principalmente de práticas de promoção. Ressaltamos, em especial, as Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde (Ottawa, 1986; Adelaide, 1988; Sundsvall, 1991; Jacarta, 1997). No Brasil, o Movimento da Reforma Sanitária, a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) e a Constituição de 1988 foram marcos importantes em direção à integralidade das ações de saúde no modelo da APS.

No modelo da APS, a atenção à saúde deixa de ser vista como meramente curativa, individual e isolada do contexto social. Também ultrapassa a percepção da atenção básica (ou primária) como executora de ações que se restringem a evitar doenças (prevenção primária), tornando-se investigativa e promotora de melhores condições de qualidade de vida da

sociedade como um todo, ao mesmo tempo em que se articula com os demais níveis de atenção e a eles se integra.

No Brasil, a principal estratégia de mudança de paradigmas assistenciais nesta área seria o Programa de Saúde da Família (PSF), que apresenta como principais características os pressupostos da APS, citados acima. Nesse contexto, o PSF apresenta-se como uma estratégia assistencial que procura implantar um novo modelo de atenção à saúde, capacitado a considerar os diversos aspectos socioculturais que envolvem a dinâmica familiar^{5,6}.

Ao mesmo tempo, algumas dificuldades no processo de implementação já vêm sendo observadas e relatadas. Efetivamente, não se observa uma homogeneidade de conduta por parte dos profissionais. Algumas equipes de Saúde da Família reproduzem antigos modelos de atenção primária que se limitam ao atendimento à demanda, enquanto seus profissionais continuam sendo objeto de uma dinâmica que já foi denominada "manobra eleitoral"⁷. A dificuldade de superar antigas práticas assistenciais para vincular-se à identidade profissional dos médicos também sofre a influência de grupos externos⁸⁻¹².

O objetivo central deste estudo foi avaliar a configuração das práticas e crenças dos médicos de PSF, a partir da investigação da realização concreta de políticas de saúde que preconizam ações de prevenção e promoção de saúde.

METODOLOGIA

Como nosso objetivo não é generalizar dados — por entendermos que uma compreensão particular neste momento nos facilitaria uma abordagem um pouco mais aprofundada sobre o tema que objetivamos estudar —, optamos, neste estudo, por uma abordagem de investigação qualitativa, com a utilização da técnica de Análise de Conteúdo Temática-Estrutural.

Conforme Serapioni¹³, "a investigação qualitativa, trabalha com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões, ou seja, procura investigar o significado ou a essência de um determinado tema". Em virtude de sua capacidade de fazer emergir aspectos novos, é uma metodologia adequada "a descobrir novos nexos e explicar significados", conforme as necessidades e objetivos desta pesquisa.

A escolha dos participantes foi definida pelo critério intencional, que se caracteriza pela escolha *a priori* de participantes da pesquisa segundo critérios preestabelecidos^{14,15}. Em nosso caso, escolhemos médicos de municípios do interior do País, representantes do perfil mais comumente encontrado no PSF, uma vez que esta estratégia se tem difundido predominantemente em centros urbanos de menor porte. O número

de participantes foi estabelecido pelo critério de saturação, que consiste no término da inclusão de novos participantes quando as respostas começarem a se tornar repetitivas, e o objetivo do estudo já tiver sido alcançado¹⁴.

Participantes

Os cinco médicos incluídos na pesquisa compunham equipes do PSF de quatro municípios situados na Zona da Mata de Minas Gerais. Os entrevistados tinham entre 27 e 31 anos de idade, e de 2 a 7 anos de formados, com 1 a 5 anos de trabalho em PSF. Três eram do sexo feminino e dois do masculino.

Instrumento

O instrumento para a obtenção dos dados foi um questionário com respostas abertas. Optamos por fazer uma delimitação prévia dos temas e subtemas abordados. Os grandes temas escolhidos foram: 1) Trajetória individual; 2) Atividades desenvolvidas; 3) Concepções sobre PSF; 4) Satisfação e dificuldades no trabalho; 5) Crenças específicas.

Procedimento

A análise dos questionários obedeceu à técnica de Análise de Conteúdo Temática-Estrutural, que consiste em duas fases: uma análise vertical, que focaliza os trechos significativos das entrevistas, e uma categorização dos relatos. A partir daí, efetua-se a análise horizontal das entrevistas, que consiste na contagem freqüencial das categorias comuns identificadas nos participantes, avaliando-se a tendência geral dos mesmos acerca de cada subtemática estudada. A análise de conteúdo estrutural e temática resulta numa forma de organização dos relatos de pesquisa em grandes temas preestabelecidos de acordo com o objetivo da pesquisa, e, dentro desses temas, subtemas e categorias são organizados¹⁴⁻¹⁶. Bardin¹⁶ compara este método de análise a um arquivo com várias gavetas com uma classificação (temas); dentro de cada gaveta se colocariam vários fichários (subtemas e categorias).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na apresentação dos resultados, em vários momentos, transcreveremos, de forma literal, trechos das respostas dos participantes, para melhor exemplificar as categorias discutidas.

Caracterização dos Participantes

Empregando as denominações de Fases de Vida Profissional utilizadas por Machado¹⁷, poderíamos dizer que os participantes estariam "iniciando-se na vida profissional", pois apresentam, em sua maioria, entre dois e sete anos de forma-

dos. Esta fase seria caracterizada pela busca da inserção efetiva no mercado de trabalho e pela procura de especialização. A idade apresentada por nossos entrevistados sugere que o PSF vem se tornando, gradativamente, um meio importante de inserção no mercado de trabalho para profissionais em início de carreira, levando a uma interiorização dos profissionais e substituindo as antigas formas de trabalho informal em hospitais¹⁷.

Em relação ao tempo de trabalho em PSF, chama a atenção que os entrevistados, apesar do pouco tempo de formados, já trabalharam pelo menos em uma outra equipe de PSF, o que sugere grande rotatividade de profissionais. Machado¹³ atribui este fenômeno principalmente à flexibilização de contratação e à grande oferta de empregos, o que possibilitaria a escolha de melhores salários. Acrescentamos também o aspecto político-eleitoral como um dos fatores capazes de contribuir para a rotatividade dos profissionais nos serviços.

Todos os nossos entrevistados declararam ter outro vínculo de trabalho. Quatro dos cinco participantes tinham mais de um vínculo, além do trabalho em PSF. Entre as atividades realizadas, o plantão hospitalar e o atendimento particular foram as mais citadas. Uma pesquisa sobre o mercado de trabalho médico apontou que o plantão se destaca como uma das principais fontes de renda do médico em início de carreira¹⁷. Outra pesquisa, realizada em Minas Gerais, apontou que o percentual de médicos com outras atividades profissionais foi de 45%¹⁸.

Razão da Escolha do Trabalho no PSF

A principal escolha do PSF como forma de trabalho foi a existência de oportunidade de trabalho. A partir desta escolha, houve a justificativa da falta de médicos para ocuparem as vagas disponíveis no PSF. Além disso, algumas especialidades estão com problemas para a inserção no mercado de trabalho, como apontou o entrevistado 3 (E1): "O PSF, primeiro porque ele hoje é uma válvula de escape. Ou seja, o mercado de trabalho está inchado, então, se você acaba de se formar e não tem residência ainda, você pega um PSF".

Os participantes ainda justificaram a escolha de trabalho na área por não terem conseguido ingressar em nenhum curso de residência: "Eu me formei, não tive condições de passar na prova de residência, surgiu a oportunidade e eu comecei a trabalhar" (E1). De forma geral, observamos que as razões de escolha estão ligadas, fundamentalmente, a uma tentativa de inserção no mercado de trabalho, uma vez que os participantes relataram facilidade de colocação de trabalho na área do PSF, havendo uma possibilidade de sustento financeiro e reconhecimento profissional enquanto não se especializam. Ou

seja, os próprios médicos não percebem ou valorizam a formação em Saúde da Família como uma especialidade médica; ou então atuam no PSF sem especialização prévia na área.

Em virtude da falta de uma identificação prévia com o trabalho em PSF, a preparação foi adquirida, segundo os entrevistados, a partir da experiência prática, ao longo do trabalho realizado. Um profissional chegou a relatar estar despreparado e sentir a necessidade de especialização para a execução efetiva do trabalho. Neste relato, a especialização surge como uma concepção constantemente presente entre os médicos entrevistados e um caminho essencial para a vida profissional.

De acordo com Sigel¹¹, um processo de identificação se desenvolve entre os membros de determinado grupo. Sendo assim, a atribuição de certas características aos colegas poderia contribuir para caracterizar o próprio trabalho ou a própria identidade profissional. Solicitamos, então, que cada participante comentasse o trabalho de seus colegas no PSF. Quanto às razões que cada participante atribuía para a escolha do PSF como forma de trabalho pelos demais colegas, a oportunidade de trabalho foi também referida como a principal razão dessa escolha. Tal oportunidade se deve, principalmente, à dificuldade de inserção profissional em outras áreas de atuação, ressaltando-se que o fator "atração salarial" seria um relevante componente da percepção de oportunidade de trabalho. Da mesma forma que no subtítulo anterior, a possibilidade de inserção profissional via PSF se relaciona à percepção de início de uma carreira que se desenvolveria em direção a práticas em outros níveis de atenção à saúde: o PSF seria um lugar de passagem para os médicos. O PSF seria como que "uma válvula de escape devido ao mercado já estar inchado. (...) Eu conheço médicos que têm especialidade que estão em PSF porque às vezes a especialidade dele, no consultório, está dando menos do que no PSF" (E3).

Pretensões Futuras de Trabalho

Apesar da percepção do PSF como "lugar de passagem" para a ocupação de outros postos de trabalho no decorrer da carreira profissional, os entrevistados relataram ter pretensão de continuar trabalhando no PSF. A principal justificativa se deve à função social do trabalho, que seria direcionado à população carente. Um dos entrevistados condicionou a permanência no trabalho à possibilidade de conjugá-lo a alguma prática especializada.

Outra questão levantada foi a financeira. Alguns entrevistados enfatizaram a satisfação salarial e a garantia do salário como pontos importantes para a permanência no PSF. Além disso, uma das justificativas de permanência no PSF foi

a definição da carga horária. Existe, entre os médicos, uma queixa comum quanto à falta de definição de horário de trabalho em alguns serviços, como urgências e plantões de tipo sobreaviso. Este seria um dos principais estressores do trabalho médico, limitando, muitas vezes, as atividades sociais e de lazer. Assim, a definição de um horário fixo no PSF se torna um ponto positivo, pois possibilita o planejamento de outras atividades.

Apenas um dos participantes declarou não ter pretensão de continuar no PSF. As justificativas foram: vontade de se especializar, insatisfação salarial e a não concordância com a dedicação exclusiva: "eu pretendo fazer mais alguma outra especialização que é o que eu queria fazer. (...) Acredito que eu possa estar aí trabalhando com PSF ainda e ter uma outra especialização. (...) Só que, com esse valor, apesar de ser um valor bom, só com esse valor não dá pra ter dedicação exclusiva" (E3).

De forma geral, todavia, a continuidade da vinculação ao PSF ficaria condicionada a algumas mudanças nas condições de trabalho. Tais mudanças se baseiam na flexibilização da carga horária, inserção de atividades especializadas, melhoria salarial e desnecessidade de dedicação exclusiva. Ou seja, espera-se que o PSF seja adequado às relações e características do médico, e não o contrário. A nosso ver, tal fato descaracterizaria, de forma geral, as diretrizes básicas do PSF. A continuidade no PSF, então, fica condicionada muito mais à mudança dos pressupostos do PSF do que à adaptação dos médicos ao trabalho. Outro fator que merece discussão é a indefinição quanto às relações trabalhistas. Tal indefinição, a nosso ver, também estaria ligada à dificuldade de identificar o PSF como uma área de atuação reconhecida e valorizada pelos profissionais. A provisoriedade das relações de trabalho, então, estaria também relacionada à não identificação do médico com o PSF.

Diferentemente das pretensões relatadas no subtítulo anterior (auto-avaliação), todos os profissionais apresentaram a crença da não-permanência dos médicos no PSF, quando avaliavam os colegas. A principal justificativa foi a de que os colegas permaneceriam no trabalho por questões circunstanciais, como oportunidade de emprego, salário e espera de aprovação na residência, além da pretensão de conjugar este trabalho com outra atividade profissional: "Igual eu falei, muitos caíram lá porque estavam sem emprego, aí surgiu a oportunidade (...) não pretendem sair porque precisam daquele emprego. Eu vejo pela dedicação que não é muito grande. Então, a gente vê que a pessoa está porque ela precisa do emprego e não porque ela quer fazer o que o PSF propõe" (E1). Os entrevistados ainda relataram a pouca dedicação ao

trabalho por parte dos colegas e uma falta de sintonia entre a prática e as diretrizes de trabalho no PSF. A instabilidade no emprego e a insatisfação salarial também foram apontadas como causas da não-permanência dos colegas no trabalho.

Atividades Desempenhadas

Todos os profissionais apontaram as consultas e visitas domiciliares como atividades realizadas. Outras atividades mencionadas foram o controle de agravos específicos, como diabetes e hipertensão arterial, reuniões educativas e o pré-natal. Procuramos investigar especificamente a importância dada às atividades extraconsulta. Ao abordarmos tal questão, observamos ainda entre os entrevistados uma valorização excessiva da consulta médica em detrimento de outras ações do PSF: “a gente tem tendência a achar que a consulta é que é melhor” (E1). Embora todos os entrevistados dêem importância às atividades extraconsulta, há inúmeras razões que podem justificar a dificuldade em executá-las.

A caracterização da prática dos colegas foi feita principalmente por meio de afirmações críticas. As categorias encontradas se concentram principalmente na ênfase do trabalho curativo. Para um dos entrevistados, a pressão da população contribuiria para este modelo de trabalho: “a maioria não consegue fazer o PSF como deveria por causa da demanda. Isso muito é cultura do povo também, é difícil você mudar” (E2). Outros mencionaram pouco envolvimento com o trabalho, dificuldade de relacionamento com a equipe e falta de sistematização do trabalho: “porque eles reclamavam que os médicos não preenchiam uma ficha de notificação, não fazem uma investigação epidemiológica, não querem saber da parte preventiva, mais a curativa mesmo, eles estão mais ligados com consulta mesmo do que nessa parte de PSF, de prevenção mesmo” (E1).

Trabalho em Equipe

Todos os participantes se queixaram do trabalho em conjunto, mas demonstraram crer na importância desse tipo de ação. Porém, observamos que as justificativas para o trabalho em equipe repousavam muito mais em termos quantitativos — ou seja, abrangência e economia financeira — do que na soma e complementaridade de conhecimentos. Dessa forma, a prática no PSF apresenta ainda problemas em relação ao trabalho em equipe. Ainda prevalecem ações isoladas e hierarquizadas, e a contribuição dos profissionais de menor nível de formação técnica — como, em especial, no caso do Agente Comunitário de Saúde (ACS) — está situada num patamar de importância inferior à dos médicos. Embora a superação destas barreiras culturais constitua uma das principais metas

do PSF, a permanência de uma linguagem tecnicada e distante da população em geral nas relações entre técnicos do PSF e/ou comunidade limita os resultados esperados^{6,19,20}.

Apesar das insatisfações de trabalho relatadas pelos médicos e das críticas em relação às ações dos colegas, o PSF foi percebido pelos participantes como estratégia de mudança, principalmente em relação à possibilidade da promoção da qualidade de vida e à auto-responsabilização da comunidade por suas condições de saúde. Justificam ainda suas crenças na capacidade de mudança do paradigma curativo e na vantagem financeira da implantação do PSF. Para um dos participantes, as estratégias de mudança implícitas no PSF contribuiriam para “(...) a melhoria de qualidade de vida mesmo da população, [para] a própria pessoa valorizar sua saúde e não deixar isso só por conta do profissional que está cuidando dela (...) (E1). Segundo outro, “a mudança principal é (...) essa cultural, né? É lógico, precisa ter tratamento curativo, mas o preventivo é muito melhor porque além de ser muito mais barato (...)” (E2).

PSF versus Unidades Básicas de Saúde (UBS)

Apesar da crença em um descompromisso com o trabalho e do descumprimento das diretrizes básicas por parte dos colegas de PSF, observamos que os entrevistados percebem o trabalho do médico de PSF como diferente daquele do médico tradicional das UBS, utilizando, para tanto, caracterizações semelhantes às apresentadas acima.

As principais características dadas aos médicos de UBS foram: consultas rápidas e superficiais; falta de comprometimento com o trabalho; falta de organização ou sistematização das ações; salário insatisfatório; e descontinuidade do tratamento dos pacientes.

Caracterizações diferenciais dadas aos médicos de PSF, de maneira geral, em relação aos médicos de UBS tradicionais incluíram: relação mais humanizada, dedicação exclusiva, intervenções “psicológicas” e visitas domiciliares. Um dos profissionais, por sua vez, não diferenciou o trabalho dos médicos do PSF daqueles de UBS tradicionais: “não está existindo essa diferença assim tão grande não. A gente está atendendo demanda tanto quanto eles. Existe uma pequena diferença porque a gente faz visitas também, a gente tem um horário maior de atendimento, então a gente acaba fazendo alguma coisa extra” (E2). Para este entrevistado, a prática ainda é a mesma, centrada principalmente na ação curativa.

Como podemos observar, os relatos indicaram muito mais semelhanças que diferenças ao analisarem o trabalho realizado pelos médicos nos dois modelos de atuação. Como já assinalamos, as representações ou demandas de outros grupos

da sociedade acerca da assistência à saúde também têm um papel fundamental na formação de identidades dos médicos: não somente a identidade grupal imediata, como também as representações e demandas sociais convergem fortemente no sentido da manutenção de certas práticas profissionais.

Dificuldades

Apesar de todas as dificuldades encontradas no PSF e das críticas apresentadas, os participantes da pesquisa disseram estar satisfeitos com seu trabalho. A dificuldade mais citada foi a expectativa da população sobre o trabalho do PSF, como relata o Entrevistado 2: "As dificuldades que a gente tem aqui são justamente um problema que até já comentei aqui que é da demanda. A gente não consegue, muitas vezes saem pessoas reclamando porque a gente não consegue atender pelo tanto de pessoas que estão nos procurando (...) A gente é um só para atender uma gama enorme de pessoas e a gente não tem condições". Segundo os entrevistados, existe uma demanda ou mesmo uma pressão para que a prática dos profissionais ainda seja de cunho curativo e tradicional. Desta forma, avaliamos que — para além da questão da formação profissional — a representação que a sociedade tem a respeito do processo de saúde/doença e da organização dos serviços contribui para a manutenção do sistema de crenças do médico.

Crenças sobre o PSF

A principal crença apresentada a respeito do PSF foi que esta estratégia tem servido como instrumento político para campanhas ou propagandas em todas as esferas do governo. Outra crença acerca da política assistencial foi a de que a prática em PSF é percebida como diversa das diretrizes de ação, permanecendo a ênfase no modelo curativo. A implantação do PSF foi percebida, por um dos entrevistados, apenas como resultante do incentivo financeiro dado aos municípios que implantam esta estratégia, não havendo uma política assistencial que direcione as ações do PSF: "PSF mesmo está só no nome..." (E1). Este último fato — a crença já verificada em pesquisa ou ratificada por autores — parece decorrer da inadequação da planificação por parte do Ministério da Saúde na implantação do PSF, que não apresenta critérios claros de avaliação ou acompanhamento dos serviços^{6,15}. Algumas concepções positivas também foram observadas, como a melhoria da qualidade dos serviços e o reconhecimento por parte da população da importância do PSF.

Um dos entrevistados percebeu o PSF como lugar também de atuação do especialista, diferenciando-o de outros serviços basicamente por meio de visitas domiciliares com busca ativa de pessoas com determinadas enfermidades.

Crenças a Respeito do Médico

A partir da investigação de tais crenças, podemos perceber alguns posicionamentos que nos levam a ter informações sobre o processo de identidade profissional.

As crenças apresentadas foram relativas à crítica aos médicos de PSF. Exceto pelo Entrevistado 2, que também se incluiu na crítica formulada, os demais entrevistados caracterizaram os outros médicos do PSF como reprodutores do antigo modelo, apontando uma falta de identificação com as diretrizes de trabalho e a percepção do PSF como "lugar de passagem" para outras áreas de atuação: "Tem muita gente partindo do curso básico de Medicina, trabalhando em PSF dois ou três anos, e quando consegue passar na residência larga e vai seguir seu rumo de outro jeito" (E5).

Uma das crenças que nos chamou a atenção foi a idéia de hierarquização profissional, bastante presente entre os entrevistados. O médico é considerado como profissional hegemônico e de maior importância do que os outros. Tais crenças nos remetem a uma identidade profissional ainda preponderante no meio médico de hierarquização, autonomia e isolamento do trabalho^{1,11,21,22}. Essas características entram em choque com o modelo de trabalho do PSF, que necessita de uma perspectiva realmente interdisciplinar, sem uma área profissional considerada de maior importância, e de uma horizontalização dos vários saberes presentes na equipe — inclusive, e principalmente, do senso comum, uma das principais formas de aproximação com a comunidade e de trabalho dos ACS.

Ao lado da hierarquização profissional, observamos a crença na hierarquização socioeconômica do médico, justificada pela necessidade de melhor condição de vida do médico em relação a outros setores da população: "o médico não pode viver com aquela quantidade, não tem como. Mesmo porque a própria sociedade obriga o médico, exige que ele tenha um padrão de vida melhor. Então ele vai acabar não cumprindo as oito horas de trabalho ou sei lá quantas horas, vai ter que arrumar um outro emprego" (E3).

Outra concepção presente no discurso dos profissionais foi a da valorização da especialização para o reconhecimento profissional. Os profissionais relataram uma desvalorização da prática em PSF e do médico de PSF por este não ser considerado um especialista. Esta desvalorização provém tanto do próprio meio médico, como da população em geral. Estes dados são corroborados por outros estudos nos quais os médicos de PSF se colocam numa posição de menor *status* em relação a outros médicos¹¹.

Somada à questão da perda do *status* profissional, observamos a crença na dependência da tecnologia para a boa prá-

tica profissional: "(...) queira ou não queira a própria sociedade, não é só a sociedade médica não, ela discrimina o médico que não tem especialização. Ela quer que o médico tenha uma especialização. Então, queira ou não queira, o cara já sai da faculdade com essa mentalidade, e a própria sociedade acha que o médico que não tem especialidade é um estagiário. Ele não é médico (...)" (E3). "(...) A parte técnica deles e a parte de aparelhos dele são muito melhores do que a nossa (...) Cada dia mais surgem outras formas de diagnósticos, outros aparelhos para fazer diagnóstico" (E5).

À GUIA DE CONCLUSÃO

Em primeiro lugar, devemos ressaltar que a metodologia utilizada é fundamental para a identificação, compreensão e isolamento de determinados aspectos que, num segundo momento, podem ser reinvestigados a partir de objetivos agora já mais delimitados. Referimos ainda a complexidade do tema estudado e, conseqüentemente, as inúmeras interfaces que interferem na questão. Neste sentido, esta abordagem constitui uma, mas não a única, via de acesso ao problema da efetivação das propostas do PSF. Também aponta a necessidade de uma avaliação mais detalhada e contínua do processo de funcionamento do PSF e da prática médica neste modelo de atenção à saúde.

Nosso estudo mostra que o médico ainda apresenta dificuldades em lidar com o trabalho de promoção da saúde em seu sentido mais amplo, que considera os aspectos socioculturais e a dinâmica familiar. Por mais atento que ele esteja para as diversas questões envolvidas no processo saúde/doença, seus conhecimentos e as demandas cotidianas o dirigem, sobretudo, para lidar de forma individual com os aspectos biológicos da doença.

Podemos, portanto, destacar dois fatores principais relacionados a esta dificuldade de mudança nas práticas tradicionais na medicina e de implantação efetiva das ações do PSF: a própria formação tradicional dos médicos e as demandas oriundas dos pacientes e seus movimentos sociais por determinados padrões de cuidados médicos ainda vinculados a uma representação da assistência à saúde sustentada pela lógica assistencial curativa.

Conforme assinalado, o objetivo central deste estudo foi avaliar a configuração das práticas e crenças dos médicos de PSF relativamente a sua identidade profissional. Evidenciamos aqui que a identidade profissional do médico de PSF é marcada por um vir-a-ser, com uma terminalidade mais ou menos específica e previamente definida, que visa dar a ele uma segurança grupal a partir de um referencial institucional ainda percebido como mais forte e concreto.

Percebemos também que a procura pela especialização é um caminho dominante no atual padrão de identidade médica, relacionando-se às crenças de maior competência técnica e reconhecimento profissional, tanto por parte dos colegas médicos ou meio profissional em geral, quanto pela comunidade leiga. "Ser" médico generalista se confunde, então, com sentir-se desvalorizado e menos capaz de resolver os problemas de saúde. Quanto mais especializado ou dependente de instrumentos tecnológicos mais avançados, maior é a valorização da profissão e maior o reconhecimento da competência profissional. Sendo assim, o PSF continua a ser percebido como "um lugar de passagem", uma parada provisória na conquista da identidade profissional de cada um.

Acreditamos que os resultados apresentados e discutidos possam contribuir para um aprofundamento da discussão acerca das políticas de implantação do PSF. Resguardadas suas limitações de alcance, o PSF se fundamenta em diretrizes que poderiam, de fato, conduzir a uma melhora da situação de saúde de nosso país. Nossos resultados, por outro lado, dão sustentação à preocupação de que a efetivação prática do PSF se mantenha distante de suas diretrizes originárias, repetindo as ações isoladas das antigas práticas assistenciais. Para que este risco não se cristalize, é necessário redirecionar diferentes aspectos — gerenciais, de formação, de remuneração e de avaliação —, a fim de que o Programa de Saúde da Família possa, efetivamente, concretizar a utopia de todos nós, que lutamos por uma sociedade mais justa, com equidade social e dignidade para todos.

Nesta luta constante, no debate de idéias e, principalmente, na busca de ações efetivas, é que acreditamos, para podermos prosseguir no difícil caminho que pretendemos trilhar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Campos GWS. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). *Rev Saúde Pública*. 1997; 13(1): 141-144.
2. Twadle AC. Health System Reforms — Toward a framework for international comparisons. *Soc Sci Med*. 1996; 32(4): 637-654.
3. Brasil. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. <http://www.mec.gov.br/sesu/ftp/resolucao/0401Medicina.doc> acesso em: 07/04/2004.
4. Paím JS, Almeida Filho N. Saúde Coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas?. *Rev Saúde Pública*. 1998; 32(4): 299-316.

5. Viana ALD, Dal Poz MR. A reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *PHYSIS: Rev Saúde Coletiva*. 1998; 8(2):11-48.
6. Sousa MF. Saúde da Família provoca inovações nas instituições de ensino superior. *Rev Bras Saúde da Família*. 2000; 1(2): 8-11.
7. Ronzani TM, Stralen, CJV. Dificuldades de implantação do Programa de Saúde da Família como estratégia de reforma do Sistema de Saúde brasileiro. *Rev Atenção Primária à Saúde*. 2003; 6(2):99-107.
8. Ronzani TM, Ribeiro MS. Identidade e formação profissional dos médicos. *Rev Bras Educ Med*. 2003; 27(3): 229-236.
9. Brewer MB. The many faces of social identity: implications for political psychology. *Political Psychology* 2001; 22 (1): 115-126.
10. Huddy L. From Social to Political Identity: A Critical Examination of Social Identity Theory. *Political Psychology*. 2001; 22 (1): 127-156.
11. Sigel R. An Introduction to the Symposium on Social Identity. *Political Psychology*. 2001; 22 (1): 111-114.
12. Campos GWS. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e a reforma das pessoas. O caso da saúde. In: Cecilio, LCO (Org). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec; 1997 p.29-87.
13. Serapioni M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2000; 5(1): 187-192.
14. Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação prática nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis (RJ): Vozes; 2003.
15. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo, Rio de Janeiro: HUCITEC, ABRASCO; 2000.
16. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Coimbra (PT): Lisboa; 1977.
17. Machado MH. Os médicos no Brasil. Um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 1997.
18. Machado MH. Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa de Saúde da Família no Brasil. Volume IV. Região Sudeste. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000. v. 4 (Região Sudeste).
19. Pedrosa JS, Teles JBM. Consenso e diferenças em equipes do Programa de Saúde da Família. *Rev Saúde Pública*. 2001; 35 (3): 303-311.
20. Souza SPS. A inserção dos médicos no serviço público de saúde. Um olhar focalizado no Programa de Saúde de Família. [Dissertação] Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2001.
21. Campos GWS. Reforma da reforma. São Paulo: Hucitec; 1992.
22. Faria EVF. A formação do profissional de Saúde. *Rev Atenção Primária à Saúde*. 2000; 2(4): 10-11.

Endereço para correspondência

Telmo Mota Ronzani

R. Prof. Benjamin Colucci, 115 / 302 — Centro
36010-600 — Juiz de Fora — MG
e-mail: telmo@psicobio.epm.br

Mário Sérgio Ribeiro

Rua Severino Meireles, 325 / 902
36025-040 — Juiz de Fora — MG
e-mail: mribeiro@medicina.ufjf.br