Renata Borges

**Visita médica domiciliar: espaço para interação, comunicação e
prática: estudo de caso no Programa Saúde da Família,
município de Florianópolis – Santa Catarina**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Doutor em Ciências

Programa de Medicina Preventiva
Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Flávia Pires Lucas
D'Oliveira

São Paulo

2010

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Borges, Renata

Visita médica domiciliar : espaço para interação, comunicação e prática :
estudo de caso no Programa Saúde da Família, município de Florianópolis – Santa
Catarina / Renata Borges. -- São Paulo, 2010.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Programa de Medicina Preventiva.

Orientadora: Ana Flávia Pires Lucas D'Oliveira.

Descritores: 1.Visita domiciliar 2.Comunicação em saúde 3.Relações interpessoais
4.Programa Saúde da Família

USP/FM/DBD-165/10

Para Héctor,
pelo amor e amizade incondicionais.

AGRADECIMENTOS

À Ana Flávia pela perspicácia, competência e paciência na orientação. Apreendi muito nos encontros, nas leituras indicadas, nas longas conversas pela internet.

Aos colegas médicos que participaram da pesquisa, pela disponibilidade e auxílio na indicação dos usuários e familiares que seriam entrevistados.

Às agentes comunitárias de saúde, cujo apoio para o trabalho de campo, contactando os pacientes e famílias e acompanhando a pesquisadora nas visitas, foi indispensável para o desenvolvimento das entrevistas.

Aos pacientes e familiares que me receberam nas suas casas sem qualquer restrição.

À Secretaria Municipal de Saúde, que me permitiu a realização do doutorado, liberando-me da assistência para que pudesse realizar as disciplinas, a pesquisa de campo e a redação do trabalho.

Tomava aos seres humanos como se fossem vasos do maravilhoso e a todos lhes reconhecia direitos de príncipes, como imagens excelsas. E realmente eu via como todas as pessoas que se acercavam dele se abriam qual plantas que despertassem de um sonho invernal; e não é que se fizeram melhores, senão que se faziam mais elas mesmas.

Ernst Jünger. *Sobre los acantilados de mármol*.

(livre tradução da pesquisadora)

SUMÁRIO

Resumo	8
Summary	10
APRESENTAÇÃO.....	12
1 INTRODUÇÃO	15
2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A MEDICINA DE FAMÍLIA....	20
2.1 O PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL.....	27
2.2 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E A SITUAÇÃO DE FLORIANÓPOLIS	41
3 ATENÇÃO DOMICILIAR E O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA..	55
3.1 A ELEGIBILIDADE DE CRITÉRIOS PARA VISITA MÉDICA DOMICILIAR	63
3.2 A VISITA DOMICILIAR COMO ATIVIDADE DO MÉDICO DE FAMÍLIA	70
4 COMUNICAÇÃO, UMA NECESSIDADE E POSSIBILIDADE NO CONTEXTO DA VISITA MÉDICA DOMICILIAR	78
5 A CLÍNICA E A INTERAÇÃO NO CONTEXTO DA VISITA MÉDICA DOMICILIAR.....	96
6 METODOLOGIA.....	116

7	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	135
7.1	CARACTERÍSTICAS DOS BAIRROS E HISTÓRIAS DAS PESSOAS ENTREVISTADAS.....	135
7.2	A HISTÓRIA DOS PROFISSIONAIS MÉDICOS E A EXPERIÊNCIA COM VISITA DOMICILIAR	149
7.3	PLANEJAMENTO E ORGANIZAÇÃO DA VISITA MÉDICA DOMICILIAR DIFICULDADES PARA REALIZAÇÃO.....	153
7.4	CRITÉRIOS PARA VISITA MÉDICA DOMICILIAR: PRIORIDADES E CONTEXTO.....	171
7.5	O MÉDICO DE FAMÍLIA E A CLÍNICA GERAL EM DOMICÍLIO.....	180
7.6	A CLÍNICA GERAL EM DOMICÍLIO: COMPREENSAO DO CASO E NEGOCIAÇÃO.....	191
7.7	O CONTEXTO DOMICILIAR COMO ESPAÇO PARA INTERAÇÃO: A RELAÇÃO COM O PACIENTE.....	200
7.8	O CONTEXTO DOMICILIAR COMO ESPAÇO PARA INTERAÇÃO: A RELAÇÃO COM A EQUIPE.....	208
7.9	O CONTEXTO DOMICILIAR COMO ESPAÇO PARA INTERAÇÃO: A RELAÇÃO COM OS CUIDADORES.....	214
7.10	O CONTEXTO DOMICILIAR COMO ESPAÇO PARA INTERAÇÃO: A COORDENAÇÃO DO CUIDADO.....	222
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	226
	ANEXO A – ESCALA DE AVALIAÇÃO DA INCAPACIDADE FUNCIONAL DA CRUZ VERMELHA ESPANHOLA.....	233
	ANEXO B – ROTEIRO DE ENTREVISTA REALIZADA COM O USUÁRIO E FAMÍLIA QUE RECEBE VISITA MÉDICA DOMICILIAR.....	234
	ANEXO C – ROTEIRO DE ENTREVISTA REALIZADA COM OS MÉDICOS	236
	REFERÊNCIAS.....	238

Resumo

Borges, R. *Visita médica domiciliar: espaço para interação, comunicação e prática: estudo de caso no Programa Saúde da Família, município de Florianópolis – Santa Catarina* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2010. 205 p.

Este estudo discute a visita médica domiciliar, com base em pesquisa realizada no município de Florianópolis, Santa Catarina, tendo como cenário o Programa Saúde da Família. O objetivo principal foi compreender a visita médica como espaço de interação e instrumento potencializador da comunicação entre o profissional, o paciente e sua família. Adotaram-se metodologia qualitativa e estudo de caso com triangulação de técnicas, combinando entrevistas, observação participante e leitura de documentos. Realizaram-se entrevistas com roteiros semiestruturados, um para os profissionais e outro para o usuário e familiares. As entrevistas foram gravadas e transcritas com autorização de pacientes e profissionais, e o termo de consentimento livre e informado foi assinado por todos os participantes. Foram entrevistados um médico, seis médicas de família e dez usuários com seus familiares, os quais receberam visitas desses profissionais. Em etapa concomitante às entrevistas, realizou-se observação dos profissionais médicos no período de realização de visitas domiciliares, sendo observadas pela pesquisadora dez visitas domiciliares. A análise dos resultados constatou que a visita permite ao profissional médico refletir sobre sua prática, colocando para ele desafios que envolvem sua capacidade em comunicar-se e interagir fora de um contexto protegido, representado pelo centro de saúde e o consultório, e onde as demandas surgem conforme o modo de vida do paciente e sua família. A percepção dos profissionais em relação à visita é de que se trata de uma atividade que atua positivamente na evolução clínica dos pacientes atendidos, pois foi relatada uma diminuição do número de internações hospitalares depois de iniciado o acompanhamento domiciliar. Para os profissionais, o acompanhamento médico e o tratamento propostos são influenciados pelo vínculo estabelecido entre profissional, paciente e família, que favorece a comunicação e permite uma interação que impacta o tratamento instituído. Os problemas de saúde que motivaram as visitas são em geral doenças crônicas, mas também problemas agudos podem demandar o atendimento. A ausência de um cuidador não impediu que o profissional médico mantivesse o acompanhamento domiciliar. A elegibilidade de critérios para visita médica varia conforme a situação que é vivenciada pelas equipes de saúde, existindo a preocupação de que a assistência aconteça de forma participativa. Os usuários e familiares relataram que a visita médica propicia uma relação mais próxima com o médico e a compreensão do caso. Concluiu-se que a visita domiciliar favorece o estabelecimento de uma comunicação voltada ao entendimento mútuo, ao possibilitar que a hierarquia rigidamente demarcada entre médico e paciente seja questionada, quando aspectos do contexto, das relações do usuário com sua família e comunidade entram em cena. A interação que ocorre suscita que o profissional busque condutas que vão além da eficácia técnica (êxito técnico), na direção do sucesso prático, promovendo maior participação do paciente e família em relação ao cuidado realizado.

Descritores: Visita domiciliar; Comunicação em saúde; Relações interpessoais; Programa Saúde da Família.

Summary

BORGES, R. *Domiciliary medical visit: space for interaction, communication and practice: case study in Health Family Program, municipal district of Florianópolis – Santa Catarina* [Thesis]. Faculty of Medicine, University of Sao Paulo, SP (Brazil); 2010.

This study discusses the domiciliary medical visit, with base in research accomplished in the municipal district of Florianópolis, Santa Catarina, in the context of the Family Health Program. The main objective was to understand medical visit as a space for interaction and as a powerful instrument of communication between the professional, the patient and his or her family. Qualitative methodology and case study were adopted along with triangulation techniques, combining interviews, participant observation and the reading of documents. Interviews with semi-structured scripts were performed, one for doctors and another for users and relatives. The interviews were recorded and transcribed with the patients and the professionals' permission, and a free consent and informed form were signed by all participants. Seven doctors and ten users and their relatives, who had received visits of these doctors, were interviewed. In step concurrently with the interviews, medical professionals were observed while home visiting ten families who were not interviewed later by the researcher. By analyzing the information it was found that the visit allows the doctor to ponder on his or her professional practice, putting him or her through challenges that involve his or her ability to communicate and interact outside of a protected context, represented by the health center and clinic, and where the demands arising from the way of life of patients and their families shows up. The perception of professionals over the visit is that it is an activity that is effective in the clinical outcome of patients treated, as was reported a decrease in the number of hospital admissions after the start of home care. For professionals, the medical monitoring and proposed treatment adherence are influenced by the bond established between professional, patient and family, which improves communication and allows an interaction that impacts the treatment. The health problems that motivated the visits were, in general, chronic diseases, but also acute problems can demand attendance. The absence of a caregiver did not prevent the medical professional to maintain the home care. The eligibility criteria for medical visits vary according to the situation that is experienced by health staff. Care is taken so that the assistance takes place in a participatory manner. The users and their relatives related that the medical visit allows closer relation with the doctor and the comprehension of the case. It was concluded that domiciliary medical visit favors the interaction between those involved by establishing communication geared towards mutual understanding, raising questions about the inflexible hierarchy between doctor and patient when aspects of the context and the relations of users with their families and community emerge. The interaction that occurs gears the professional towards a conduct which seeks to go beyond the technical efficiency (technical success), heading into the practical success and promoting the participation of the patient and family regarding the care provided.

Descriptors: Domiciliary visit; Health communication; Interpersonal relations; Family Health Program.

APRESENTAÇÃO

A visita médica domiciliar é um instrumento de assistência que, no âmbito da Atenção Primária, permite ao profissional médico deparar-se com situações cotidianas diversas daquelas que encontra na consulta que ocorre no centro de saúde, exigindo do profissional, muitas vezes, respostas, atitudes e condutas que não estão descritas nos livros e manuais.

Como médica de família e comunidade, atuei no Programa Saúde da Família, em um bairro da Regional Leste de Saúde de Florianópolis por 14 anos. Atualmente, trabalho em bairro da Regional Sul. Realizo visitas domiciliares, semanalmente, e venho observando, além do fato ser mencionado pelos colegas, que essa atividade proporciona maior proximidade e vínculo com pacientes e familiares. Formada há mais de 25 anos, atuando sempre na Atenção Básica, tive a oportunidade de trabalhar no início da vida profissional no interior do Pará, na cidade de Santarém. Embora em contexto tão diverso do Sul do Brasil, o reconhecimento do trabalho como médica que visitava os pacientes e os acompanhava no cotidiano era evidente. Essa situação motivou-me a investigar a visita domiciliar como espaço em que a interação e a comunicação possam ocorrer de forma a fortalecer o vínculo e promover um cuidado de saúde compartilhado entre profissional, paciente e família.

Em geral, a visita é realizada para pacientes que não podem locomover-se até a unidade de saúde e apresentam patologias crônicas que necessitam de assistência para uma demanda específica. A literatura aponta diversos critérios para que a visita médica possa acontecer dentro de parâmetros técnicos, evitando o desperdício de tempo e recursos, tanto materiais quanto humanos. Além da questão técnica

específica, o trabalho permitiu-me refletir se a visita não proporcionaria a oportunidade para que o médico, ao acompanhar o paciente e interagir com ele e sua família, pudesse não apenas ampliar sua compreensão da situação vivida pelo paciente, mas também comunicar-se, estabelecendo acordos com o usuário e família, favorecendo o acompanhamento clínico.

A visita domiciliar que é realizada pelo médico na Estratégia Saúde da Família, em Florianópolis, constitui-se num espaço privilegiado para discutir e refletir sobre novas possibilidades de interação entre o médico e o paciente. Acreditamos que nossa pesquisa possa reforçar a ideia de que o diálogo entre o médico e o paciente não se constitui, meramente, numa parte rotineira da consulta, no contexto atual de uma medicina cada vez mais especializada e sofisticada.

Esta pesquisa está apresentada em oito capítulos.

O Capítulo 1 introduz o tema da visita domiciliar e fornece alguns conceitos para compreensão dos demais capítulos.

O Capítulo 2 aborda a Atenção Primária à Saúde, em que se integra a Medicina de Família, e como ela se instala no Brasil, tendo como subcapítulos: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF); e a Estratégia Saúde da Família (ESF) e a situação de Florianópolis.

No Capítulo 3, discutimos a atenção domiciliar e como ela se articula ao Programa Saúde da Família, com dois subcapítulos, um que aborda a elegibilidade de critérios para realização da visita médica domiciliar (VMD) e outro que aborda a visita domiciliar como atividade do médico de família.

Os Capítulos 4 e 5 trazem a discussão conceitual. No Capítulo 4 abordamos a comunicação, uma necessidade e possibilidade no contexto da visita médica

domiciliar e no Capítulo 5, a clínica e a interação no contexto da visita médica domiciliar. Nesses capítulos descrevemos os conceitos utilizados na pesquisa, deixando claro o ponto de partida para nossa reflexão, como âncora para a análise dos resultados posteriores.

O Capítulo 6 trata da metodologia como o caminho da pesquisa, além de envolver a pesquisadora no seu próprio campo profissional de atuação, com todos os desdobramentos, dificuldades e facilidades inerentes ao processo.

O Capítulo 7 traz a apresentação dos resultados da pesquisa, análise e discussão, em que procuramos relacionar as informações e os resultados encontrados com o quadro teórico conceitual utilizado.

Concluimos com um capítulo de considerações finais, o Capítulo 8, com reflexões sobre os temas abordados, indicações sugeridas pela análise dos resultados e questionamentos que emergiram no decorrer da pesquisa.

1 INTRODUÇÃO

A visita domiciliar é considerada, no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), um recurso valioso para a assistência à saúde (Cunha, 2005). Mediante a visita domiciliar, a equipe não tem apenas a visão do contexto em que vive o usuário e família, mas ela permitiria fazer um atendimento de extrema qualidade. Isto porque é possível acompanhar a evolução e a avaliação do usuário fora do serviço, muitas vezes quando o paciente não retornou, permitindo uma intervenção mais precisa. Além disto, a visita domiciliar traz consigo um significado simbólico mais forte, ela é um espaço concedido pelo usuário em seu domicílio, diversamente do serviço de saúde, que é um espaço bem mais protegido para o profissional. Para o paciente e seus familiares em geral, a visita representa um cuidado especial, simbolizando um compromisso da equipe, o que pode facilitar o acompanhamento desse paciente. Exemplo disso seria a demanda por visitas médicas mesmo sem indicação específica baseada em protocolos, isto é, aquelas visitas realizadas para pacientes que não apresentam dificuldade para locomoção ou outro tipo de impedimento para acesso ao serviço de saúde, mas com outras demandas vinculadas, por exemplo, como a avaliação da situação socioeconômica e familiar, dependência química, etc. (Cunha, 2005; 195-6).

O Programa Saúde da Família (PSF) propiciou espaço e incentivo para que as visitas médicas pudessem realizar-se no Brasil, e diversas categorias profissionais realizam visitas para a população residente na área de abrangência da equipe de saúde da família. A permanência do profissional médico no bairro, atendendo as famílias residentes, propicia que seja desenvolvida uma assistência de forma

longitudinal. A longitudinalidade, uma das características da Atenção Primária, pressupõe uma relação pessoal ao longo do tempo, independentemente do tipo de problemas de saúde ou mesmo da presença de um problema de saúde, entre indivíduos e um médico ou uma equipe de saúde (Takeda, 2006, p. 80). Para que esse processo ocorra, é preciso que o médico esteja presente e atuante na comunidade; que sua formação possa ser de tal forma que possa contemplar os problemas de saúde mais prevalentes; que possa comunicar-se e relacionar-se com o paciente e sua família, tendo a abertura para aceitar opiniões e condutas, algumas vezes, diversas das que são prescritas pelos protocolos. Na longitudinalidade está integrada a ideia de responsabilidade e vínculo. Responsabilidade que é compartilhada entre profissionais e usuários, à medida que se (re)conhecem e podem estabelecer vínculos de confiança entre si (Starfield, 1994; McWhinney, 1997).

Todas as oportunidades de encontro entre o médico e o paciente podem ensejar uma abertura para o diálogo, “um autêntico interesse em ouvir o outro”, quando a escuta tem como horizonte normativo uma dimensão existencial (Ayres, 2008, p. 70-1). Nesse caso, quando do encontro se busca uma abordagem que supere o êxito técnico tendo como direção o sucesso prático num horizonte normativo diverso da morfofuncionalidade, é então que pode ocorrer o processo comunicativo e a interação (Ayres, 2008). Por êxito técnico entendemos o “sentido instrumental da ação, por exemplo, a relação entre o uso de um vasodilatador e a redução do risco de danos cardiovasculares num paciente”; por sucesso prático, referimo-nos “ao valor que essa ação assume em relação aos indivíduos e populações, envolvendo as implicações simbólicas, relacionais e materiais dessas ações na vida cotidiana” (Ayres, 2001; 2007; 2008, p. 164).

É necessário ainda que definamos os conceitos de comunicação e interação, inseridos no contexto atual de uma medicina cada vez mais especializada e tecnológica (Dalmaso, 2000b; Schraiber, 1993; 1997; 2008). Adotamos a abordagem habermasiana na qual a comunicação não se refere à relação do sujeito isolado a algo no mundo, que pode ser representado e manipulado, mas sim à relação intersubjetiva que assumem sujeitos capazes de linguagem e de ação quando eles se entendem entre si sobre algo (no mundo), considerando-a como uma forma de ação que busca as condições para o possível entendimento (Reese-Schäfer, 2008). À medida que os participantes da comunicação visam a um acordo intersubjetivo, todos os envolvidos encontram-se em igualdade de chances para decidir as orientações da ação que vão determinar a vida social (Aragão, 1992, p. 54).

A comunicação pressupõe aqui o entendimento mútuo, onde não há possibilidade de coerção, buscando a compreensão. Na interação o jogo comunicativo acontece, mas não necessariamente no sentido da compreensão – a dominação ou instrumentalização do outro para o sucesso individual também pode acontecer. Peduzzi (1998) coloca que a mediação (interação) tanto pode expressar o agir (ação) comunicativo, quando se busca o entendimento, quanto apenas o agir instrumental, quando se busca atingir um determinado fim ou objetivo. No domicílio e na comunidade, o médico de família entra em contato com um mundo diverso daquele do consultório e pode ter a oportunidade de ampliar seu entendimento da vida cotidiana das pessoas que atende.

A globalização e as mudanças econômicas, políticas e culturais do último século levaram a transformações profundas na forma e na qualidade de vida das pessoas. No âmbito da medicina ganhou fôlego o desenvolvimento de especializações e

subespecializações, no sentido de atender aos novos interesses, tanto sociais como principalmente econômicos. As perdas e ganhos ocorridos são inerentes a todo esse processo. No entanto, tratando-se da prática médica, como menciona Schraiber (2008, p. 208), a perda da interação médico-paciente tornou o ato médico mais difícil e um trabalho reflexivo mais complexo. Na medicina liberal, a base da relação estava na confiança depositada no médico que possuía poucos recursos tecnológicos; já na medicina tecnológica, a abundância de métodos e exames diagnósticos, bem como do arsenal terapêutico exigem do médico, se levarmos em consideração as questões éticas que envolvem a profissão, o discernimento para julgar o caso de forma adequada, “decidir com alguma certeza e precisão, atuando em parceria com o paciente no intuito de produzir um cuidado efetivo” (Schraiber, 2008, p. 208).

O vínculo que ocorre entre o profissional médico, o paciente e família pode modificar a relação terapêutica, desde que a perspectiva do trabalho busque uma atuação que vá além do aspecto normativo, da eficácia técnica, e que possa incorporar condutas compartilhadas, visando ao sucesso prático.

O principal objetivo da atual pesquisa é estudar a VMD conforme vem configurando-se como parte da ESF em Florianópolis, estudando-a como espaço de interação e instrumento potencializador da comunicação entre o médico, o paciente e sua família. Como menciona Ayres (2008, p. 163), as reflexões sobre as práticas de saúde no plano macroscópico de totalidades sócio-históricas têm sido relevantes e fundamentais para discussão de políticas nas reorganizações institucionais e até na reestruturação de modelos assistenciais. É fundamental, no entanto, que se possa discutir e analisar também o âmbito mais restrito de situações particulares da prática, como em nosso caso a visita médica domiciliar, focalizando a prática do médico que

acontece no plano diverso do consultório. Na VMD o inusitado do cotidiano familiar pode ser percebido, e o médico é colocado numa situação em que precisa comunicar-se e interagir, suscitando assim a possibilidade de uma ruptura da relação assimétrica que ocorre muitas vezes no consultório. Isso ocorre não apenas pela mudança de ambiente, mas porque o profissional se vê imerso no contexto da realidade da família e da comunidade, o que muitas vezes não consegue apreender na consulta médica na unidade de saúde.

Como objetivos específicos incluídos no projeto de pesquisa, procuramos verificar junto aos médicos de família que realizam visitas domiciliares a percepção que eles têm sobre o que representa essa atividade para o acompanhamento clínico e o cuidado dos pacientes; conhecer a percepção dos usuários e suas famílias acerca das visitas médicas domiciliares que receberam; identificar as causas mais frequentes de adoecimento dos usuários que receberam visitas, bem como os motivos de solicitação dessas visitas; realizar a caracterização dos usuários e famílias e dos profissionais médicos que realizam visitas domiciliares; analisar os critérios de elegibilidade para a visita domiciliar, considerando a prática desenvolvida pelo profissional médico na ESF.

2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A MEDICINA DE FAMÍLIA

A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada a espinha dorsal de um sistema de serviços de saúde racional (Starfield, 1994, p. 1129). Essa afirmação inicia um texto clássico sobre APS de uma das autoras mais conceituadas nessa área. A APS constitui-se no primeiro contato do usuário com o serviço de saúde, mas representa também o primeiro nível de um sistema de cuidado que inclui o nível secundário, terciário e a emergência (especialmente traumas graves), com modos de operação próprios e com saberes específicos (Starfield, 1994).

Tanto o cuidado secundário como o terciário diferenciam-se entre si por sua duração e pelo fato de lidarem com problemas de saúde relativamente não frequentes ao nível primário. Isto é, o cuidado secundário, nível de especialidades ambulatoriais, teria a função de apoiar os médicos do primeiro nível tanto no diagnóstico quanto na terapêutica, especialmente no auxílio e manejo de paciente com algumas desordens crônicas como diabetes, ou como referência para avaliação de outras situações complexas; enquanto o terceiro nível, ao contrário, ocupar-se-ia do cuidado aos pacientes com problemas tão pouco comuns na população em geral, que os médicos do primeiro nível não teriam experiência suficiente para lidar com tais pacientes, pelo pouco contato que estabelecem com esses diagnósticos no dia a dia da sua prática. Nessa circunstância, algumas vezes, o médico especialista do terceiro nível pode assumir por longo tempo a responsabilidade pelo cuidado do paciente, consultando com o médico do primeiro nível para situações e necessidades em que este esteja mais preparado para lidar. Dessa forma, tanto o segundo quanto o terceiro

nível devem estar integrados ao primeiro nível de cuidado para que o paciente possa receber um atendimento consistente e integral (Starfield, 1994).

A APS tem então como características fundamentais:

- a) Ser o primeiro contato do paciente com o sistema de saúde, portanto precisa ser acessível para a população quando dele precisar;
- b) A longitudinalidade, isto é, a continuidade do cuidado com o estabelecimento de uma relação pessoal ao longo do tempo, favorecendo o conhecimento recíproco entre pacientes e a equipe de saúde e fortalecendo vínculos;
- c) A integralidade, isto é, lidar com os problemas de saúde mais frequentes da população, garantindo encaminhamentos a outros níveis de atenção quando necessário;
- d) A coordenação do cuidado que é condição para que todas as anteriores possam manter-se. (Starfield, 1994; Duncan; Schmidt; Giugliani, 2006).

Um dos fatos históricos marcantes para o desenvolvimento da Atenção Primária no mundo foi a realização da Conferência Internacional de Alma-Ata promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1978. Essa conferência que reuniu ministros da saúde culminou com a Declaração de Alma-Ata, chamando a atenção para a necessidade de programas intersectoriais para alcançar melhores níveis de atenção à saúde e para o papel fundamental dos agentes comunitários nos cuidados primários de saúde (Chaves; Kisil, 1999). Ao criar o lema “Saúde para todos no ano 2000”, forjou uma proposta estratégica que indicava o rumo para que os governos pudessem traçar metas com aquele objetivo. Os efeitos das propostas desde então elaboradas tiveram seus desdobramentos nas políticas de saúde das décadas de 80 e

90 e, posteriormente, em novas metas traçadas pela OMS até 2020 (Chaves; Kisil, 1999, p. 6).

Dessa forma, a organização de um sistema de saúde deveria contemplar além da assistência à saúde de forma integral, também a melhoria da qualidade de vida da população, mediante ações intersetoriais e participação comunitária. Colocou-se, assim, um grande desafio para a área da saúde, a questão da formação de recursos humanos, especialmente na área da medicina (Chaves; Kisil, 1999; Sisson, 2004).

Segundo Chaves e Kisil (1999), já existiam críticas ao modelo de organização do setor saúde no início do século XX, ancorado na atenção hospitalar. Os autores mencionam o manifesto do Partido Trabalhista inglês de 1917, gerando o Relatório Dawson, que, embora reconhecendo a importância do hospital como local de prática da saúde, propunha que o serviço de saúde fosse organizado por nível de complexidade e com população definida para atendimento. Essas ideias modelaram o sistema de saúde inglês após a Segunda Grande Guerra.

As mudanças no panorama político internacional após a Segunda Grande Guerra, com a criação da Organização das Nações Unidas (ONU) e da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948, fortaleceram o papel das nações-estado no sentido de melhor atender aos direitos básicos dos cidadãos. Também, com o desenvolvimento do setor saúde nos Estados Unidos, houve o favorecimento do modelo flexneriano. No entanto, a partir da década de 50, um movimento contrário surgiu no sentido de criar sistemas de saúde que buscassem uma visão integrada ao contexto de vida da população. Essa foi a ideia que influenciou a criação dos sistemas do Chile, em 1951, e em Cuba, na década de 60. As ideias baseadas no ideário da Atenção Primária à Saúde começaram a circular a partir das décadas de 70

e 80, favorecidas pela conjuntura política do fim de regimes militares, nos países da América Latina (Mendes, 1994; Chaves; Kisil, 1999).

A Fundação W. K. Kellog, criada em 1930, foi uma das incentivadoras de projetos na área da saúde, educação e desenvolvimento rural em vários países da América Latina, juntamente com a Organização Panamericana da Saúde (OPS). Elas fortaleceram escolas de saúde pública, realizaram seminários sobre ensino de medicina preventiva e incentivaram a formação de quadros de profissionais na área. A Fundação foi condição fundamental para que se desenvolvessem os departamentos de medicina preventiva, comunitária e social em escolas de medicina, enfermagem e de odontologia em vários países da América Latina (Chaves; Kisil, 1999).

Entre os projetos apoiados pela Fundação Kellog, o Projeto Integração Docente-Assistencial (IDA), baseado na articulação de faculdades de medicina, odontologia, enfermagem, e outras com os serviços de saúde, desenvolveu propostas de mudanças para o setor saúde, focalizando a formação de recursos humanos, ponto nevrálgico do setor. O Projeto de Integração Docente-Assistencial, que estabelecia uma relação bilateral entre universidade e serviços de saúde, foi o antecessor do Programa UNI (Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade) que, como explícito na sua denominação, propunha-se a estabelecer, na década de 90, uma relação com os três polos: universidade, serviços de saúde e comunidade. As dificuldades encontradas pelo Programa foram em parte geradas pela própria dimensão da proposta e pelo desequilíbrio em relação à participação comunitária. O programa, no entanto, estimulou a estruturação de currículos dos cursos na área da saúde, com a adoção da abordagem de aprendizagem baseada em problemas (ABP) ou *Problem-Based Learning* (PBL). Não é nosso objetivo nos

aprofundarmos no campo da educação médica, mas desejamos sinalizar que o fato é relevante para pensarmos a prática de saúde no município de Florianópolis, já que a rede de saúde municipal tem na integração com o ensino e na atuação de médicos de família um diferencial do serviço de saúde (Chaves; Kisil, 1999; Sisson, 2004; Giovanella Et al, 2009).

A Atenção Primária abarca a medicina de família. Hübner e Franco (2007) relatam que a medicina de família desenvolveu-se ancorada no modelo proposto por Dawson, fornecendo a base para o *National Health Service*, na Inglaterra, além de Cuba, Canadá e outros países europeus. No entanto, foi nos Estados Unidos que a medicina de família mais se expandiu, na década de 60. O modelo inglês adotou o *general practitioner*; já a proposta americana baseava-se no médico liberal que cuidava de famílias com capacidade de desembolso para remunerá-lo.

Outro desdobramento da medicina de família, nos Estados Unidos, foi a medicina comunitária. Essa proposta foi desenvolvida na perspectiva de racionalização dos recursos médicos, isto é, uma alternativa aos altos custos dos serviços médicos, responsabilizados pela dificuldade de acesso de grande parte da população a esses serviços (Hübner; Franco, 2007). Essa visão da medicina comunitária como uma medicina barata e simplificada destinada para as camadas pobres da população fez com que sua prática fosse vista com desconfiança por intelectuais e técnicos comprometidos com uma medicina que pudesse atender às pessoas de forma integral.

Atenção Primária à Saúde e medicina de família relacionam-se na questão central que as caracteriza, a continuidade do cuidado primeiro à pessoa e à família no contexto de uma comunidade, abordando os problemas que fazem parte do cotidiano

da vida das pessoas. Em relação à medicina de família, a continuidade do cuidado está baseada na ideia de que os médicos não podem ser substituídos um por outro como se fossem partes de uma máquina (McWhinney, 1997). McWhinney descreve cinco dimensões da continuidade do cuidado, a saber: interpessoal, cronológica, geográfica (continuidade entre locais de atendimento, como o domicílio, hospital e ambulatório), interdisciplinar (continuidade no atendimento a diversas necessidades de saúde, como cuidados obstétricos, procedimentos cirúrgicos, etc.) e informacional (continuidade por meio dos registros médicos) (Hennen 1975 apud McWhinney, 1997, p. 18).¹

As pré-condições essenciais da continuidade seriam o pronto acesso, a competência do médico, a boa comunicação e a possibilidade do retorno sempre que necessário. A continuidade do cuidado depende da atitude que as pessoas assumem à medida que se tornam mais velhas e experimentam diferentes necessidades. Os problemas que motivam a procura pelo médico na Atenção Primária são frequentemente complexos, uma mistura de elementos que incluem o físico, o psicológico e o social. Dessa forma, o médico precisa tomar decisões em todas as etapas do processo clínico. A conduta terapêutica é tomada algumas vezes antes do diagnóstico propriamente dito e, frequentemente, sem um diagnóstico (McWhinney, 1997, p. 149).

Em razão de sua atuação na Atenção Primária, o médico de família, em geral, encontra a doença nos seus estágios iniciais. Dessa forma, precisa estar suficientemente alerta aos dados clínicos no intuito de distinguir uma grave doença no seu estágio inicial de uma doença menos grave. Aqui nos deparamos com a alta

¹ Hennen BKE. Continuity of care in family practice, part 1: Dimensions of continuity. *Journal of Family Practice*. 1975; 2(5): 371.

complexidade da Atenção Primária, mesmo porque o valor preditivo de um teste diagnóstico varia com a prevalência da doença. Isto é, segundo McWhinney (1997), o mesmo teste que pode ser útil para realizar um diagnóstico no nível terciário, pode ser pouco útil, ou talvez danoso, na prática da Atenção Primária e vice-versa. Assim, o uso do tempo para validar hipóteses diagnósticas pode evitar investigações desnecessárias nas doenças autolimitadas, desde que o médico possa acompanhar o paciente.

Segundo Hübner e Franco (2007), a medicina de família e a medicina comunitária atuam ambas no campo da Atenção Primária, no entanto, a medicina de família tem o diferencial de dirigir suas ações para o âmbito da família e do domicílio.

Em 1972, a *World Organization of National Colleges and Academies of General Practice/Family Medicine* (WONCA) foi formada, constituindo a liderança acadêmica e científica, representando a Medicina Geral e Familiar em todo o continente europeu. A WONCA considera a medicina de família uma disciplina acadêmica e científica, com seus próprios conteúdos educacionais, investigação, base de evidência e atividade clínica; é uma especialidade clínica orientada para os cuidados primários (McWhinney, 1997; WONCA, 2002; apud Hübner e Franco, 2007).²

Em muitos países como Portugal, Canadá, Inglaterra e Holanda, o médico de família (ou outra denominação similar) atua como o profissional de primeiro contato do paciente com o sistema de saúde. Na Inglaterra, 51% dos médicos são clínicos gerais (*General Practitioners*), no Canadá são 55%. No Brasil, a especialidade existe

² WONCA/OMS. *A definição europeia de Medicina Geral Familiar*. WONCA. Europa, Barcelona, Espanha. 2002.

desde 1976, sendo oficializada pela Comissão Nacional de Residência Médica em 1981 com o nome de Medicina Geral Comunitária, sendo mudado para Medicina de Família e Comunidade, em 2001. A especialidade só começou a ter visibilidade após o surgimento e expansão do Programa de Saúde da Família (Gusso, 2009). Portanto, existe uma diferenciação do sistema de saúde brasileiro com o de outros países. No Brasil, a medicina de família está incluída na Estratégia Saúde da Família, que é o modelo assistencial para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Para compreendermos melhor a prática da medicina de família no Brasil, é necessário recuperar brevemente as políticas e programas implementados no País, incluindo o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF).

2.1 O PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL

Segundo Mendes (1994, p. 19), o sistema de saúde no Brasil transitou do sanitarismo campanhista para o modelo médico-assistencial privatista, até chegar à década de 80 ao projeto neoliberal.

O modelo médico-assistencial privatista fortaleceu-se no período de 1960 a 1980 e apresentava as seguintes características (Mendes, 1994):

- extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger a quase totalidade da população urbana e rural;
- privilegiamento da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública;

- criação, mediante intervenção estatal, de um complexo médico-industrial;
- desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica orientada quanto à lucratividade do setor saúde propiciando a capitalização da medicina e privilegiamento do produtor privado desses serviços.

Com o fim do “milagre econômico” em meados da década de 70 e a crise econômica internacional e nacional, a abertura política lenta e gradual coloca em cena atores sociais antes excluídos do processo de decisão das ações do governo e dispostos a lutar por um novo modelo de saúde.

Nesse momento de crise política e econômica, como menciona Mendes (1994), políticas compensatórias são alternativas encontradas pelo Estado para resolver as contradições político-ideológicas de expansão das políticas sociais e o incremento de seus custos, num quadro de crise fiscal. Projetos ligados à Medicina Comunitária, como em Paulínia (SP) e Montes Claros (MG), com estímulo da Organização Pan-americana da Saúde, começam a ser desenvolvidos (Mendes, 1994).

A proposta da Medicina Comunitária, como já mencionado, surgiu como alternativa aos altos custos dos serviços médicos para implantação por agências governamentais e universidades, como parte da chamada “guerra à pobreza”, para integração dos marginalizados. No entanto, a Medicina Comunitária estrutura-se com base em conhecimentos da epidemiologia e vigilância à saúde, valorizando ações coletivas de promoção e proteção à saúde, com referência a um determinado território (Franco; Merhy, 2003).

A declaração emitida pela Conferência de Ama-Ata coloca os cuidados primários em saúde como “essenciais, fundados sobre métodos e uma tecnologia prática, cientificamente viável e socialmente aceitável, universalmente acessível aos

indivíduos e às famílias da comunidade” (Franco; Merhy, 2003, p. 79). No Brasil, começa a desenvolver-se uma proposta de atenção primária seletiva, concebida como um programa desenvolvido com recursos escassos dirigidos a

populações marginalizadas de regiões marginalizadas, através de tecnologias simples e baratas, providas por pessoal de baixa qualificação profissional, sem possibilidades de referência a níveis de maior complexidade tecnológica, incluindo a retórica da participação comunitária. (Mendes, 1994, p. 26-7).

A crise política, com a derrota do governo para a oposição nas eleições de 1982, favoreceu o aprofundamento das discussões no campo da saúde, levando à VIII Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu em 1986. Segundo o autor, todo o movimento contra-hegemônico nos campos político, ideológico e institucional, desde o início da década de 70, vai participar desse evento em Brasília. O inusitado, na VIII Conferência, foi o caráter democrático, com a presença de milhares de delegados representativos de quase todas as forças sociais interessadas na questão da saúde (Mendes, 1994, p. 42-3).

A despeito da formulação do arcabouço jurídico-legal, com a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, e a implementação do SUS, a “operacionalização do sistema”, isto é, a formulação do modelo assistencial que abarcasse pontos importantes levantados pela VIII Conferência, não foi concretizada (Mendes, 1994).

Uma das propostas para organização do modelo assistencial tendo em perspectiva mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde foi fomentada pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). A Organização Panamericana de Saúde/Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS) desenvolveu a proposição de Sistemas Locais de Saúde (SILOS), desenvolvendo uma rede de

projetos de implantação de Distritos Sanitários (DS). Além da proposta da OPAS/OMS, outras experiências desenvolvidas em algumas universidades e serviços procuraram trazer respostas que pudessem alterar o modelo assistencial centrado numa prática biomédica e hospitalocêntrica, enfatizando a Atenção Primária. Entre elas, podemos mencionar: *Em Defesa da Vida*, unindo o Laboratório de Planejamento e Administração em Saúde (LAPA), na UNICAMP, e o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde; a *Ação Programática em Saúde*, elaborada por professores do Departamento de Medicina Preventiva da USP no Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa (Andrade, 2006).

A experiência de trabalho com agentes comunitários de saúde é desenvolvida de forma exitosa, especialmente no estado do Ceará, já em 1987. Originário da iniciativa de “frente de trabalho”, em razão da situação crítica da seca, com os fundos de emergência do governo federal, o programa era desenvolvido por mulheres que realizavam ações básicas de saúde em 118 municípios do Ceará (Ministério da Saúde, 2005). Em 1991, o Ministério da Saúde propôs a criação do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNAS), vinculando-o à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), tendo o objetivo de atuar prioritariamente nas regiões mais empobrecidas das regiões Norte e Nordeste, contribuindo para a redução da mortalidade infantil e materna. Em 1992, denominado PACS, foi implementado por meio de convênio entre a FUNASA/Ministério da Saúde e as secretarias estaduais de saúde, que previa repasses de recursos para custeio do programa e pagamento, sob a forma de bolsa, no valor de um salário-mínimo mensal aos agentes (Ministério da Saúde, 2005). O sucesso do programa no Ceará, a necessidade em incorporar outros profissionais que dessem apoio ao trabalho dos

agentes comunitários e de uma proposta de organização dos sistemas locais de saúde fez com que o Ministério da Saúde percebesse no PACS uma alternativa para implementação concreta do SUS (Vianna; Dal Poz, 1998). A atuação dos agentes comunitários envolvia a família e a comunidade, não apenas o indivíduo, adotando a noção de área de cobertura, mas não envolvia o profissional médico, sendo a supervisão dos agentes realizada pelo enfermeiro. Além disso, o PACS passou a exigir, para que fosse possível sua implantação no município, requisitos como: funcionamento dos conselhos municipais de saúde, existência de uma unidade básica de referência do programa, disponibilidade de profissional de nível superior na supervisão e auxílio às ações de saúde e existência de fundo municipal de saúde para receber os recursos do programa (Vianna; Dal Poz, 1998; Conill, 2008).

O Programa Médico de Família, desenvolvido a partir de 1992 em Niterói (RJ), com estrutura similar à medicina de família cubana e com assessoria técnica de especialistas cubanos, influenciou, juntamente com o PACS, o surgimento do Programa de Saúde da Família.

A história do Programa Médico de Família, no município de Niterói, é relatada por Hübner e Franco (2007). Segundo os autores, ocorreu uma confluência política favorável no final da década de 80, no município, no bojo do projeto das Ações Integradas de Saúde, encaminhando processo de municipalização e reorganização do sistema local, de acordo com as recomendações da VIII Conferência (1986) e da Constituição de 1988 (Hubner; Franco, 2007, p. 180). Mascarenhas (2003), ao realizar pesquisa mediante estudos de caso de uma unidade básica de saúde e de um módulo do programa médico de família, no município de Niterói, utilizando pesquisa documental, observação participante, entrevistas com usuários e membros da equipe

de saúde e avaliação da estrutura e funcionamento das unidades, concluiu que o módulo do programa teve melhor desempenho em relação à unidade básica, nos quesitos acolhimento e vínculo/responsabilização. A integralidade da ação seria facilitada pela inserção da equipe no contexto de vida dos usuários, já que as visitas domiciliares acontecem diariamente, possibilitando, especialmente no caso do profissional médico, executar tarefas específicas e também outras, mais gerais como atualização cadastral, busca ativa de casos e diagnóstico situacional da população. Hubner e Franco (2007) frisam que o programa pretende impactar o médico por meio da vivência da realidade social, em que se produz o processo saúde-doença e, com isto, ele possa ressignificar sua prática.

A implantação do PSF, a partir de 1994, ocorreu baseada no critério de maior risco social, contemplando a população residente nas localidades delimitadas do Mapa da Fome, do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA) e, posteriormente, contemplando municípios que integravam o Programa Comunidade Solidária, ou o Programa de Redução da Mortalidade Infantil (Vianna; Dal Poz, 1998; Ministério da Saúde, 2005). As críticas ao programa surgiram especialmente em relação ao seu “caráter focalizador”, isto é, com ações dirigidas para as camadas mais pobres da população, somadas às propostas do Banco Mundial para os países em desenvolvimento, gerando discussões e restrições ao programa de cunho político ideológico (Conill, 2002; Sisson, 2004, 2007). Essa questão ficou evidente em algumas cidades como Porto Alegre (RS) e Florianópolis (SC), que não implantaram o PSF ou o fizeram tardiamente.

Inicialmente vinculado à Fundação Nacional de Saúde, o PSF foi transferido para a Secretaria de Assistência à Saúde (MS). O programa possibilitou que se

repensasse a forma de financiamento do sistema não apenas por procedimento, mas com pagamento fixo, *per capita*, constituindo aqui o Piso da Atenção Básica (PAB), por meio da NOB 96, inaugurando uma nova modalidade de transferência de recursos, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde. Os municípios passavam a receber uma parte fixa (*per capita*) e outra variável, conforme fossem implementando programas e estratégias para organização da Atenção Básica, dentre os quais: farmácia básica, vigilância sanitária, atendimento às carências nutricionais, Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família (Vianna; Dal Poz, 1998; Sisson, 2004; Ministério da Saúde, 2005). Em 1999, o Ministério da Saúde observou que o sucesso de implantação do PSF em grande número de municípios encobria uma baixa cobertura populacional e alterou os valores dos repasses, introduzindo nova modalidade para cálculo do PAB variável. Passou a remunerar melhor os municípios com maior cobertura populacional (Ministério da Saúde, 2005). Segundo Vianna e Dal Poz (1998), as dificuldades para expansão do PSF seriam ainda as estruturas burocráticas pesadas, o corporativismo (principalmente médico e enfermagem), o aparelho formador, os preconceitos em relação à tecnologia simplificada e as dificuldades para atendimento da demanda espontânea.

De acordo com a normatização do PSF, a saúde da família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Essa perspectiva é salientada nos documentos e manuais posteriores do Ministério da Saúde, e seria um equívoco a ideia de que o PSF se tratasse de uma política para pobres com utilização de baixa tecnologia. Ele seria a estratégia reorientadora da

assistência, teria um caráter substitutivo em relação às práticas tradicionais, possibilitando assim uma mudança das práticas centrada nos princípios da vigilância à saúde (Conill, 2002). Esta é uma questão polêmica, *já que na própria origem do PSF, sua atuação priorizava as áreas mais pobres* (Franco; Mehry, 2003; Conill, 2002) e, de certa forma, observa-se esse fato ainda hoje.

No que tange à demanda espontânea, Dalmaso (2000a), analisando atividade de pronto atendimento do Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa (FMUSP), menciona que a demanda espontânea representa 50% do atendimento da unidade integrada às outras atividades da assistência. Assim, o atendimento das urgências na atenção básica precisa ser colocado na agenda, e formas criativas de intervenção sobre a questão devem ser desenvolvidas. Dalmaso (2000a, p. 161-162) enfatiza que a organização da demanda espontânea é necessária e tem por objetivo não apenas ampliar a oferta de cuidados para pessoas que vêm ao serviço à procura de consulta médica e imediata, mas *oferecendo um cuidado não só de atenção à queixa, mas de promoção da saúde no mesmo espaço do atendimento* (grifo da autora). De certa forma, a proposta do acolhimento com uma escuta qualificada (tecnologia leve), como forma de operar as relações intercessoras entre trabalhador e usuário, mencionadas por Mehry (2000), enquadra-se na perspectiva levantada por Dalmaso (2000a). A autora a menciona como um modelo experimental de “porta de entrada” para o Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa; foi trabalhado desde 1993, com a adscrição da população e recepção da clientela. Franco e Mehry (2003, p. 122) interrogam-se sobre o futuro do PSF, apontando a possibilidade de o próprio programa “reciclar a forma de produzir o cuidado em saúde”. Isso é, a nosso ver, procedente e coerente com sua crítica à forma prescritiva adotada pelo PSF e a

ênfase na necessidade de estabelecer no cotidiano das práticas de saúde espaços articulados, em que trabalhadores e usuários possam expressar suas questões de vida, produzindo saúde, mediante o acolhimento, responsabilização e vínculo. Concordamos, dessa forma, que o PSF não é um programa imutável nem unívoco. Todos os espaços de encontro entre o usuário e o profissional de saúde podem constituir-se em possibilidades para reformulação das práticas cotidianas, desde que permitam a reflexão e fortaleçam a autonomia do usuário. Assim, grupos terapêuticos, visitas domiciliares, reuniões de planejamento, atividades comunitárias e nas escolas podem tornar-se momentos para discussões e encontros que transponham a prática centrada apenas na doença. Como analisaremos a seguir, Florianópolis implantou tardiamente o PSF. No entanto, ao priorizar a contratação de profissionais médicos com especialização em saúde da família e estimular a capacitação dos profissionais na área, fortaleceu as ações de saúde, dando autonomia para que as equipes possam trabalhar nas suas áreas de abrangência respeitando a diversidade local.

As equipes de saúde da família teriam sob sua responsabilidade o acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuariam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde dessa comunidade. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias colocou para as equipes de saúde a necessidade de concretizar mediante a prática diária os princípios norteadores do SUS, colocando para a atenção básica o desafio da intersetorialidade e integralidade das ações em saúde (Vianna; Dal Poz, 1998).

A equipe mínima seria formada por médico, enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS), sendo o dentista o profissional que posteriormente se integrou à equipe (Connill, 2002). Atualmente, segundo a Portaria de Diretrizes e Normas para a Atenção Básica do Ministério da Saúde que criou a Política Nacional da Atenção Básica (Portaria n.º 648/GM 28/03/06), a equipe de saúde da família é responsável por no máximo 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000, com jornada de 40 horas semanais (32 horas para profissionais que realizam docência em serviço). O agente comunitário de saúde é responsável até por 750 pessoas, num total de até doze agentes por equipe.

Na Estratégia de Saúde da Família (ESF), nome adotado posteriormente pelo PSF, segundo Connill (2002), citando trabalho desenvolvido pelo Ministério da Saúde sobre avaliação da implantação do PSF (2000), por meio de inquérito realizado com 3.119 equipes de 24 estados (oitenta por cento de participação em Santa Catarina), existe um alto percentual de adesão aos princípios fundamentais como: definição de território, adscrição das famílias, cadastro, prontuário familiar e agenda. Com base no programa, percebeu-se ampliação do acesso ao pré-natal, assistência à puérpera, criança, adolescente, adultos, idosos, pequenas cirurgias, coleta para exame papanicolau, planejamento familiar, consulta ginecológica, controle da hipertensão, diabetes, DST, hanseníase e tuberculose e vigilância epidemiológica. Também foi relatada maior disponibilidade em recursos diagnósticos básicos, com restrições para cultura de urina, eletrocardiograma, colposcopia e ultrassonografia. Os entraves para operacionalização do PSF, segundo o estudo, foram decorrentes: a formação inadequada dos profissionais, número insuficiente de médicos, falta de recursos financeiros e entendimento por parte dos gestores.

A consolidação dessa estratégia precisa, desta forma, ser sustentada por um processo que permita a real substituição da rede básica de serviços tradicionais no âmbito dos municípios, pela capacidade de produção de resultados positivos nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida, além de recursos suficientes e efetivos na atenção secundária e terciária (Teixeira, 2004).

Atualmente, segundo dados do Ministério da Saúde (Departamento de Atenção Básica/Portal Ministério da saúde, 2010), a ESF apresenta uma cobertura de 49,5% da população brasileira, o que representa 93,1 milhões de pessoas. A distribuição da cobertura do PSF e PACS no País não é uniforme. Na região Sul, o estado de Santa Catarina apresenta a maior cobertura de PACS e PSF, respectivamente, 78,2% e 67,4%.

Dessa forma, mesmo considerando a diversidade de implantação do PSF no território nacional, as atividades desenvolvidas como: planejamento e programação local, grupos de educação em saúde, visitas domiciliares e atividades com agentes comunitários representam uma profunda mudança das práticas desenvolvidas pelo modelo de assistência à saúde tradicional, pautado quase exclusivamente em atividades curativas, em detrimento das preventivas e de promoção da saúde (Sampaio; Lima, 2004). A ESF, ao dar ênfase ao trabalho de equipe, possibilitando ao médico sair do consultório e participar, efetivamente, do trabalho de planejamento e atividades comunitárias, questiona o modelo de formação médica voltado para a especialização e centrado na atuação hospitalar, tendo em vista o cotidiano concreto de seu trabalho (Sampaio; Lima, 2004). Com as mudanças curriculares iniciadas nos cursos da saúde, a perspectiva é que os graduandos se insiram precocemente no sistema, conhecendo e valorizando a Atenção Básica na “ponta”, na qual se encontra

a unidade local de saúde e a comunidade adscrita. A formação profissional na área da saúde, como ponto nevrálgico para implantação da ESF, pressupõe uma formação voltada para uma prática de saúde que esteja intrinsecamente ligada à Atenção Básica.

Outra grande discussão em torno da ESF é a sua aplicabilidade concreta em municípios de pequeno, médio e grande porte. Estudo de Sousa (2008), avaliando a implantação da ESF em doze municípios pioneiros, traz algumas críticas relevantes em relação à ordem social, política, econômico-institucional e cultural, materializadas em deficiências de coordenação, gestão, financiamento e principalmente na prática médico-assistencial que, segundo a autora, é fortemente presente no trabalho das equipes de saúde da família. No entanto, Sousa constatou que na questão do acesso a ESF vem contribuindo para diminuição das iniquidades.

A autora refere que embora a ESF atinja grande parte da população brasileira, a distribuição é desigual em seu conjunto. Os municípios de pequeno porte (entre 10 e 20 mil habitantes) e de médio porte (20 a 50 mil habitantes), por não disporem de uma rede de serviços de saúde estruturada ou a possuírem com baixa capacidade instalada, aderem prontamente à Estratégia de Saúde da Família, aproveitando então a oportunidade de organizar seus serviços. Já nas capitais e os municípios com mais de 100.000 habitantes, onde reside boa parte da população brasileira, a cobertura da ESF é baixa, principalmente nos principais estados e regiões do País.

Algumas questões envolvidas nessa situação apontada pela autora seriam, entre outras: disputas político-partidárias entre estados e municípios, quando gestões sob comando de partidos políticos contrários dificultam a expansão das equipes; hesitação dos gestores municipais quanto às evidências e benefícios de um sistema

voltado para a Atenção Básica; pressão político-partidária, social e da mídia por demandas pontuais assistenciais; rede física instalada e centralizada nos hospitais e ambulatorios de subespecialidades; concentração de recursos clínicos de alta e média complexidade; acúmulo de demandas vindas de outros municípios que não dispõem de recursos, principalmente de apoio diagnóstico e terapêutico; o fato de muitas vezes alguns municípios não atenderem apenas às demandas de sua população; o receio em mudar de uma rede tradicional para uma com lógica organizativa da ESF, em que haverá necessidade em mudar a infraestrutura e recursos humanos e as demandas da população por especialistas.

Ressalta-se ainda que boas experiências da ESF, em municípios de pequeno porte, têm esbarrado na ausência de uma rede regionalizada de referência e contrarreferência de serviços assistenciais. Muitas dessas questões já haviam sido levantadas nos estudos que se seguiram às ações do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF/2004) (Sisson, 2004; Conill, 2008). Um dos aspectos mais positivos mencionado é o papel do agente comunitário de saúde como protagonista nas atividades comunitárias e articulador entre comunidade e equipe de saúde. A conclusão é que a ESF pode contribuir para diminuição das iniquidades na Atenção Básica, ampliando o acesso. No entanto, não teria a capacidade de superar as desigualdades na saúde por ser esta uma questão mais ampla e complexa, dependente de fatores determinantes políticos, socioculturais, econômicos e ambientais (Silva; Dalmaso, 2002; 2006).

Goldbaum (2005), em estudo sobre o Qualis, no município de São Paulo, analisando e comparando duas amostras representativas da população, sendo uma coberta pela ESF e outra não, observou que um dos impactos do programa poderia

ser a utilização menos desigual de serviços na área coberta, menos dependente das condições socioeconômicas e mais dependente do grau de necessidade (morbidade).

O estudo frisa a atuação do agente comunitário de saúde ao constituir-se no elo entre o domicílio e o serviço de saúde. Ele poderia contribuir para uma menor procura dos serviços, sem que isso significasse necessariamente redução no acesso ou desassistência, uma vez que as demandas poderiam estar sendo atendidas por intermédio dos agentes, sem que o paciente precisasse ir até a unidade de saúde.

A presença do agente comunitário de saúde (ACS), inserido na equipe de saúde da família, é fator determinante para integração do trabalho. O fato de Florianópolis ter sido a primeira capital com cobertura total do PACS fez com que o trabalho de implantação posterior da Estratégia Saúde da Família tivesse maior êxito. Silva e Dalmaso (2002) identificam duas dimensões principais relacionadas à atuação do ACS, uma técnica e outra política. A dimensão técnica está relacionada ao atendimento aos indivíduos e famílias, à intervenção para prevenção de agravos ou para o monitoramento de grupos ou problemas específicos, enquanto o político, relacionado à organização da comunidade e de transformação dessas condições. No entanto, uma questão apontada pelas autoras, que não seria uma atribuição do ACS, mas que desponta no trabalho cotidiano da equipe de saúde, é a dimensão da assistência social, isto é, o agente auxilia a população quanto ao acesso aos serviços, às informações, integrando as dimensões de exclusão e cidadania. Embora fundamental, a atuação comunitária gera conflitos na prática cotidiana, fruto de contradições sociais e da falta de um saber sistematizado na área da saúde. Faltam instrumentos de trabalho e de gerência que tratem a abordagem da família, o contato com as condições precárias de vida da população, o posicionamento frente à

desigualdade social e a busca de cidadania (Silva; Dalmaso, 2002, p. 79). Essas questões perpassam as atividades do ACS, mas envolvem todo o trabalho da equipe e são significativas para compreensão do processo de implantação do PACS e PSF em Florianópolis, que analisaremos a seguir.

2.2 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E A SITUAÇÃO DE FLORIANÓPOLIS

Florianópolis, a Ilha de Santa Catarina, por apresentar traços geológicos continentais, pode ser caracterizada como uma *ilha continental*. Seu relevo constitui-se na associação de duas unidades geológicas maiores denominadas serras litorâneas e planícies costeiras. Assim, a paisagem integra morros, encostas, praias, lagoas e mangues que fornecem à cidade uma característica peculiar e influencia a forma de vida dos seus habitantes, tendo um forte potencial turístico (Lisboa et al., 1996). A população de Florianópolis é aproximadamente 416.269 habitantes, segundo estimativa IBGE (2007), sendo 97% da população residente em área urbana, com 51,6% de mulheres, 7% são menores de 5 anos e 9% têm 65 anos e mais de idade. Florianópolis apresenta taxa de crescimento anual de 2,9%, e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal³ (IDH-M) é de 0,875, classificado como alto (PNUD, 2000).

Florianópolis apresenta boas condições de saneamento e urbanização em geral. No entanto, embora mais de 90% dos domicílios tenham acesso à rede pública de

³ O índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) varia de zero (nenhum desenvolvimento humano) a um (desenvolvimento humano total). O IDH até 0,499 indica desenvolvimento humano baixo; os índices entre 0,500 e 0,799 são considerados como médio desenvolvimento humano; o IDH maior que 0,800 é considerado alto.

abastecimento de água, 99% com acesso à energia elétrica, 99% disponham de coleta de lixo; somente 50% dos domicílios têm acesso ao esgotamento sanitário por rede geral (Datusus, Informações de Saúde, 2008).

Pesquisa de Giovanella et al (2009) sobre a ESF, em quatro estudos de caso nos municípios de Florianópolis, Aracaju, Belo Horizonte e Vitória, com alta cobertura da saúde da família, constatou, para Florianópolis, renda familiar mensal entre 44% das famílias adscritas das áreas da ESF entre dois a cinco salários mínimos, o que nos valores da época da pesquisa ficava entre R\$ 831,00 e R\$ 2.075,00. Em relação ao nível de instrução dos moradores, entre os maiores de 10 anos havia 4% sem qualquer instrução ou com menos de um ano de estudo; 11% com ensino superior completo; 7 % com ensino elementar incompleto (entre 1 e 3 anos de estudos); 28% haviam concluído o ensino elementar e 29% haviam concluído o ensino médio.

Contrariamente ao que se poderia imaginar, o setor privado concentrou o maior número de moradores empregados, 36%; seguindo-se os aposentados e pensionistas, representando a segunda maior fonte de renda, 24%; os trabalhadores autônomos, 19%; e os empregados do setor público, 12,1%. A pesquisa de Giovanella et al (2009) apontou que 85% dos trabalhadores em geral tinham vínculo trabalhista formalizado com carteira de trabalho. Dado interessante apontado é que 46% das famílias pesquisadas, moradores adscritos das áreas de ESF, contavam pelo menos com um integrante aposentado, pensionista, ou que recebia outro tipo de benefício governamental (bolsa família, benefício de prestação continuada e auxílio-doença, pela previdência social). Aproximadamente em 43% das famílias pesquisadas havia um ou mais integrantes com plano privado ou seguro de saúde.

Em relação às características epidemiológicas, a taxa de mortalidade infantil em Florianópolis para o ano de 2006 era de 8 mortes de menores de 1 ano por mil nascidos vivos, bem abaixo da média nacional, que em 2004 era de 22,6 por mil (IDB, 2006; Ministério da Saúde/Secretaria Executiva/Caderno de Saúde, 2009). A esperança de vida ao nascer em Florianópolis, segundo dados da Secretaria Estadual de Saúde para 2007, está acima dos 76 anos, sendo de 72,3 anos para os homens e em torno de 80 anos para as mulheres. No entanto, os dados de 2005 de Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) mostravam os acidentes de trânsito e os homicídios como as principais causas de morte entre adultos jovens (25 a 36 anos), só perdendo para doença isquêmica do coração. Esse fato demonstra que o crescimento rápido da cidade não foi seguido por um planejamento urbano adequado, com o aparecimento de favelas na periferia e nos morros da Capital, levando a um sistema de trânsito caótico e ao aumento da violência.

Para entender melhor essa situação, vamos descrever a peculiaridade do crescimento de Florianópolis.

A Capital teve crescimento populacional bastante lento até a metade do século XX, com uma população oscilando entre 200 a 300.000 habitantes, contando com os municípios adjacentes, na região da Grande Florianópolis. A partir dos anos trinta e quarenta, com a criação do Departamento Estadual de Saúde Pública, o Estado foi dividido em Distritos Sanitários, cada um deles com Centro de Saúde. Florianópolis foi sede do primeiro desses distritos, uma unidade bastante ampla localizada no centro da cidade. Em 1950, surgem os hospitais estatais consolidando um complexo médico-hospitalar com predominância de leitos hospitalares de natureza público-estatal, o que destoa do cenário nacional (Sisson, 2004).

Segundo Sisson (2004), o sistema de saúde municipal era dicotômico, como em todo o País, com duas redes separadas e paralelas, a rede de saúde pública (Departamento Estadual de Saúde Pública) e os onze distritos sanitários, e a rede hospitalar (fundação Hospitalar de Santa Catarina). A assistência à saúde, na década de 60, estava concentrada no centro da Capital, apesar de o município ter uma população predominantemente rural (Sisson, 2004, p. 76). Segundo a autora, apenas no final dos anos 60, Florianópolis passou a ter uma unidade local de saúde no interior da Ilha. Posteriormente, a Prefeitura Municipal começou a contratar médicos e os postos municipais de saúde foram sendo instalados no interior da Ilha.

Florianópolis não possuía uma secretaria de saúde especificamente até 1985. As ações de saúde eram desenvolvidas pela Secretaria Municipal de Saúde e Educação, segundo a Lei n.º 1674/74, de 1974, e que, posteriormente, em 1985, foi desmembrada em Secretaria Municipal de Educação e Secretaria Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social, segundo a Lei n.º 2350/85 (Conill, 2002; Sisson, 2004).

A abertura da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), a partir da década de 60, foi um dos fatores que mudou o padrão de vida da cidade, com a implementação de novos órgãos públicos e obras de infraestrutura. O Estado e a Capital, no entanto, não tinham estabelecido um sistema de saúde organizado, e em Florianópolis a assistência ficou a cargo dos hospitais estaduais e maternidades, departamento de saúde pública e dos poucos postos de saúde, que realizavam apenas serviços de enfermagem e consultas médicas.

Professores do Departamento de Saúde Pública da UFSC, nos anos 70/80, por iniciativa própria, iniciaram um ambulatório de atenção primária, no bairro Costeira do Pirajubaé, onde graduandos do curso de Medicina e Enfermagem atendiam

pessoas da comunidade nos horários vagos da grade curricular. A experiência marcou a vida dos alunos que, na época, tiveram a oportunidade de participar do projeto, incluindo a autora da pesquisa. Posteriormente, o ambulatório foi incorporado como disciplina optativa e representou o primórdio do distrito docente assistencial que iria configurar-se.

Em Florianópolis, a municipalização inicia em 1991 e progride lentamente, com aumento da produtividade em consultas médicas e em menor escala nos procedimentos odontológicos. O Conselho Municipal de Saúde foi criado em 1989 e regulamentado em 1990, mas sua atuação só começou a ser efetiva em maio de 1993, data da publicação da primeira NOB. A Secretaria Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social não ingressou na condição semiplena, considerada mais avançada do ponto de vista da descentralização, adotando a modalidade gestão parcial, assumindo a gestão pelos serviços de saúde de atenção básica da capital (Conill, 2002; Sisson, 2004, p. 77). Apenas em 21 de março de 2001 ocorreu o desmembramento da Secretaria de Saúde e Desenvolvimento Social de Florianópolis em duas secretarias, a da Saúde passando a chamar-se Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (SMS) (Sisson, 2004).

A presença e a atuação da UFSC em Florianópolis foi (e é) fundamental para a constituição e a organização do serviço de saúde municipal. Em 19 de maio de 1989, a Prefeitura realizou um convênio com a UFSC, tendo em vista a implantação de um Programa de Articulação Docente-Assistencial (PADA), entre o Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFSC, o Serviço de Saúde Pública do Hospital Universitário (SSP-HU) e a Secretaria Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social (SSDS). Entre os objetivos estavam: a formação de recursos humanos da saúde dentro da

realidade do SUS, numa visão integral de atenção à saúde, trabalho multiprofissional e interdisciplinar e organização em Sistemas Locais de Saúde (SILOS); a contribuição na capacitação de recursos humanos da rede básica de saúde do município; o desenvolvimento de projetos de ensino, pesquisa e extensão, visando a contribuir com a resolução dos problemas de saúde do município; a articulação de assessoria junto à UFSC, nas áreas do conhecimento em saúde para a Secretaria de Saúde e Desenvolvimento Social; a configuração de um Sistema Local de Saúde-Escola, denominado Distrito Docente Assistencial (DDA), como base territorial de atividades.

Esse convênio inicial permitiu que algumas unidades de saúde municipais pudessem configurar-se em campo de estágio, inicialmente para alunos do curso de Enfermagem e Medicina e, posteriormente, outros cursos relacionados à área da saúde. A atuação dos estagiários do curso de Medicina iniciou como estágio extracurricular, para as 6.^{as} e 7.^{as} fases, sendo posteriormente obrigatório como internato curricular em saúde comunitária (Secretaria Municipal de Saúde/PMF, 2009).

Em 1994 foi assinado convênio para a implantação de 28 equipes de saúde da família no Estado de Santa Catarina. Em Florianópolis, em 1996, foram implantadas seis equipes cobrindo quatro áreas. Em 1998, segundo dados do Departamento de Atenção Básica, Florianópolis tinha ainda seis equipes de saúde da família implantadas, representando uma cobertura de apenas 7,52% da população (DAB/SAS/MS, [citado 24 mar 2009]. Disponível em: www.saude.gov.br). A morosidade para implantação da Estratégia Saúde da Família no Município foi decorrente da oposição tanto ao conteúdo da proposta quanto pela existência de um

projeto gerencial da Frente Popular, coligação de centro-esquerda, responsável pela gestão municipal até o final de 1996. A Secretaria optou por realizar oficinas de territorialização e planejamento local de saúde por unidades básicas, seguindo a proposição para implantação dos SILOS (Mendes, 1994), que não chegou a acontecer. Já em 1994 começaram as primeiras oficinas, nos bairros Monte Cristo e Saco Grande (na época, chamado Saco Grande II). As Regionais de Saúde recém-implantadas ficaram responsáveis pela organização das oficinas, com supervisão de técnicos da Secretaria. Ao final de 1996, nem todas as unidades haviam conseguido realizar as oficinas, no entanto, a Regional Norte (que na época tinha configuração diversa da atual) realizou oficinas de territorialização e planejamento em toda a sua área.

A troca de orientação política do poder municipal determinou mudanças importantes no tocante à implantação do PACS e PSF. Segundo Sisson (2004), o gestor municipal assumiu como representante dos secretários municipais de saúde na Comissão Tripartite,⁴ no ano de 1999, tendo a oportunidade de avaliar o desenvolvimento das propostas de PACS e PSF. A orientação do gestor foi no sentido de incorporar os programas à rede municipal, ao contrário do gestor anterior, que encaminhara o processo do PSF de forma isolada da rede.

Florianópolis expande o PACS rapidamente, o que foi um fato pouco comum para capitais do País, sendo um município com população superior a 100.000 habitantes. Foi a primeira capital do País com cobertura total da população pelo PACS (Conill, 2002). Em 2000 (DAB/SAS/MS, 2009), além da cobertura total pelo PACS, com 575 agentes comunitários, havia 29 equipes de saúde da família,

⁴ Comissão Intergestores Tripartite (CIT) é um fórum de negociação integrado pelos gestores municipal, estadual e federal, que realiza o pacto e a integração das programações, segundo a NOB 96.

configurando uma cobertura de 35,49% da população pela ESF. Como menciona Conill (2002), a gestão que iniciou o PSF (1993/1997) via o programa como clientelista. Discussões importantes envolviam a noção de que o PSF era um programa de “medicina para os pobres”, ou ainda que poderia catalisar mudanças na qualidade dos serviços, ou ser um apelo apenas para obtenção de recursos, sem certeza da sua continuidade. Para a gestão que iniciou em 1997, o PSF representava uma política de reforma incremental que acrescentava à descentralização uma proposta de reorientação do modelo, com ênfase na promoção e prevenção, favorecendo uma racionalização e a diminuição das internações hospitalares (Conill, 2002). Assim, a administração estimulou que os profissionais dobrassem sua carga horária com a complementação salarial e adesão à ESF, realizou o cadastramento de toda a cidade com sua divisão em microáreas, fortaleceu a atuação dos agentes comunitários e a implantação do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica), um processo chamado de “internalização” do PSF (Sisson, 2004, p. 86).

O estudo de Conill (2002) sobre a implantação do PSF em Florianópolis, no período 1994-2000, estudando cinco equipes de saúde da família com base em variáveis de acesso (físico e vínculo psicossociocomunitário) e integralidade (caráter completo do cuidado e continuidade), menciona que coexistiam três modalidades de serviços: o modelo “clássico”, ou tradicional, com clínico; o modelo com equipes que integravam o DDA (Distrito docente-assistencial) e o de equipe do PSF. Isso vem a refletir o dado do Ministério da Saúde de pouco mais de 35% de cobertura para o PSF no município, na época. Entre os principais problemas relacionados e apontados no estudo de Conill (2002), encontram-se: o recrutamento, capacitação, motivação, supervisão e rotatividade dos profissionais; formação inadequada dos

médicos, principalmente em razão do reduzido número de residências na área e a atração por especialidades; dificuldades de lidar com as demandas psicoafetivas e de ordem ética envolvidas na prática da ESF, que, de certa forma, revelava dificuldades da própria formação profissional; aspectos gerenciais e organizacionais, como a composição e o tamanho da equipe, o número de famílias a serem cuidadas por equipe, referência para especialidades e apoio diagnóstico; compatibilização com programas já existentes; relação PACS/PSF; acompanhamento, controle e avaliação; falta apoio estadual.

A formação inadequada dos profissionais de saúde, especialmente dos médicos, para atuar na ESF na perspectiva da Atenção Básica fez com que a necessidade da reformulação dos currículos dos cursos da área da saúde fosse estimulada. Com o Pró-Saúde, programa de incentivo financeiro com recursos do Ministério da Saúde à reforma curricular, os cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia da UFSC tiveram seus projetos aprovados, aumentando o número de estudantes em estágio na rede básica de saúde. O curso de Medicina da UFSC recentemente (2008) teve a primeira turma médica formada com o novo currículo. O estímulo à residência na área de saúde da família fez com que em 2001 iniciasse a primeira turma de residentes em Saúde da Família, já agora na sua terceira edição. O nome do curso Especialização em Saúde da Família/modalidade residência propiciava tanto a residência multiprofissional por período de dois anos, como a especialização em um ano de curso. São oferecidas vagas aos profissionais de saúde da rede básica municipal de saúde que desejam especializar-se na área, com liberação da carga horária para frequentar as aulas do curso. Atualmente, segundo dados disponibilizados pela Secretaria da Saúde, referentes ao ano de 2007, passaram 866

alunos pela rede básica municipal, sendo: 500 de Medicina, 164 de Enfermagem, 1 do Serviço Social (no ano de 2006, foram 8), 17 de Psicologia, 3 de Odontologia, 10 de Farmácia, 30 residentes e 80 especializados em Saúde da Família.

O município possui cinco distritos sanitários (antigas regionais de saúde). O distrito Centro possui cinco centros de saúde; o distrito Continente, onze centros; o distrito Leste, nove centros; o distrito Norte, dez centros e o distrito Sul, treze centros, totalizando 48 centros de saúde. O município dispõe de quatro policlínicas com especialidades (Continente, Centro, Norte e Sul) e duas Unidades de Pronto Atendimento 24 horas (Norte e Sul). Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde, o município ampliou o número de equipes de saúde da família que eram 43, em 2004, para 87, em 2007, sendo uma das três capitais com maior cobertura ESF no País (Secretaria Municipal de Saúde/portal PMF [citado 4 abr 2010]).

Os distritos sanitários têm autonomia relativa, no entanto, o contato das unidades locais de saúde com o respectivo distrito faz com que as ações desenvolvidas no cotidiano das equipes de saúde da família sejam agilizadas.

Em relação ao Programa Docente Assistencial, atualmente nomeado Rede Docente Assistencial (RDA), segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde, em 2007, praticamente todas as unidades locais de saúde recebiam alunos do curso de Medicina, principalmente, mas também dos cursos de Farmácia, Psicologia, Odontologia, Serviço Social, Enfermagem e Nutrição. Dos supervisores, 45 eram profissionais da Prefeitura e destes, 36 eram médicos que realizavam supervisão dos alunos da 1.^a a 10.^a fase do curso de Medicina, e outros 60 profissionais tinham vínculo com a Universidade Federal de Santa Catarina.

A capilaridade da RDA, no entanto, não conseguiu introduzir projetos assistenciais comuns às equipes de saúde, segundo Sisson (2002), permanecendo as atividades dos profissionais determinadas por planos isolados de ação, sem um eixo coletivo. De certa forma, esse fato reflete a dificuldade de articulação ensino-serviço, que impacta as ações dos médicos(as) que atuam como supervisores nos centros de saúde.

Giovanella et al. (2009) constataram avanços na integração da Saúde da Família à rede assistencial, propiciando o fortalecimento dos serviços básicos como serviços de procura regular e porta de entrada preferencial, permanecendo, no entanto, dificuldades de acesso à atenção especializada. Florianópolis optou pelo SISREG, sistema de informação *on-line* disponibilizado pelo DATA/SUS/MS, para gerenciar e operar centrais de regulação, desde a rede de atenção básica à especializada e hospitalar, visando ao maior controle dos fluxos e otimização no uso dos recursos. No entanto, a espera por uma consulta especializada, dependendo da especialidade referida, pode demorar mais de três meses, segundo estudo de Giovanella et al. (2009). Atualmente, com o funcionamento das Policlínicas Municipais, o agendamento de consultas especializadas foi agilizado e algumas filas de espera, antes existentes, foram zeradas. Florianópolis, assim como Vitória, apenas em 2007, com o Pacto de Gestão, assumiu compromisso de gestão da atenção especializada, apresentando, assim, maior dificuldade para organizar a rede devido à baixa governabilidade sobre os serviços especializados do SUS no seu território.

Em relação à intersetorialidade, questão fundamental para pensar a ESF no escopo da Atenção Primária à Saúde, o estudo de Giovanella et al. (2009) revelam que comparativamente entre os quatro municípios estudados e entre as categorias

profissionais, em Florianópolis, os médicos foram os que mais participaram de atividades voltadas para solução de problemas da comunidade junto de outros órgãos públicos ou entidades da sociedade, num percentual de 41%, sendo a participação de enfermeiros 38,6%, agentes comunitários de saúde 33,6% e auxiliares/técnicos de enfermagem 29,2%. Em relação aos problemas encaminhados pelos agentes comunitários de saúde que realizam atividades em outros setores, a escola/educação, representou 100% da demanda em Florianópolis.

Com a consolidação das atividades da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) e a instituição do título de especialista na área pelo Conselho Federal de Medicina, a Prefeitura de Florianópolis, por meio da Secretaria de Saúde, passou a exigir a residência ou título de especialista na área para contratação dos médicos. Assim, os últimos concursos públicos, com a entrada de médicos com residência ou especialistas em saúde da família, trouxeram um novo perfil para a rede. Ocorreu um aprofundamento das ações em saúde da família, com um encaminhamento para uma programação de atividades que seguem as orientações da ESF, inscritas na Política Nacional de Atenção Básica. Em praticamente todas as unidades ocorrem reuniões de planejamento de equipe, que pode ser semanal (principalmente nas unidades onde ocorre a residência em Saúde da Família) ou mensal: grupos terapêuticos; visitas domiciliares dos técnicos(as), enfermeiros(as) e médicos(as).

A questão dos recursos humanos representa um desafio para implementação do Sistema Único de Saúde, bem como para a Estratégia de Saúde da Família colocada como modelo para operacionalização do Sistema. Tanto a formação quanto a capacitação dos profissionais para atuarem na ESF são fundamentais, quanto às

questões envolvendo os vínculos trabalhistas e estratégias de fixação de pessoal (Giovanella et al, 2009).

Em Florianópolis, segundo estudo de Giovanella et (2009; 415), a gestão de trabalho das equipes de saúde da família tem buscado equacionar as múltiplas variáveis que influenciam diretamente a dinâmica entre os profissionais e seu trabalho com a comunidade. Isso fica evidente pela regularização dos vínculos mediante a realização de concursos públicos, pelo investimento e valorização do processo de qualificação dos trabalhadores, pelo tempo de permanência dos profissionais nas equipes, pela adoção de mecanismos de remuneração adequados por categoria e complementações via recompensas específicas e pelas estratégias de fortalecimento das equipes pela implantação do modelo matricial (Giovanella et al, 2009).

Giovanella et al (2009) identificou como maior frequência entre os médicos e agentes comunitários de saúde que foram entrevistados o tempo superior a quatro anos de trabalho no município, enquanto entre os enfermeiros predominaram os profissionais com tempo de trabalho menor do que um ano, embora tenha detectado uma rotatividade maior entre os médicos que têm contrato temporário. Dos 61 médicos entrevistados, 30 (49,2%) haviam atuado sempre em uma mesma equipe de saúde da família. Isso também ocorreu com enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários. Esse fato é fundamental se pensarmos que a longitudinalidade é uma das características principais da Atenção Primária, definitiva para o estabelecimento de uma linha de cuidado, sendo a atenção domiciliar um dos aspectos. A maior parte dos profissionais médicos realizou residência em Medicina

de Família, no Rio Grande do Sul, Paraná, São Paulo, ou especialização. Muitos enfermeiros e dentistas também são especialistas.

A discussão para implementação de uma política para atenção domiciliar vem mobilizando a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Com 8,5% da população constituída por idosos, estimada pelo IBGE (2008), o que representa aproximadamente 34.000 habitantes, a Secretaria Municipal tem envidado esforços no sentido de qualificar os profissionais de saúde no atendimento a essa população, inclusive, já que as doenças do aparelho circulatório representam 30,1% das internações hospitalares, seguidas pelas neoplasias com 16,9% e doenças do aparelho respiratório com 14,1%. A hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus são as causas básicas relacionadas com eventos cerebrovasculares, em grande parte, os motivos de visitas domiciliares. Em Florianópolis, não está estabelecido um programa de atenção domiciliar, e o atendimento dos pacientes é mantido pelas equipes dentro das suas atribuições, não existindo ainda um fluxo estabelecido dos pacientes para nível hospitalar.

3 A ATENÇÃO DOMICILIAR E O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Podemos conceituar atenção domiciliar como um conjunto de ações realizadas por uma equipe interdisciplinar no domicílio do usuário/família, com base no diagnóstico da realidade em que vive. Articula promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, incluindo, dessa forma, a visita domiciliar realizada pelo agente comunitário de saúde como instrumento fundamental da vigilância à saúde, bem como duas modalidades específicas: assistência domiciliar e internação domiciliar (Takahashi e Oliveira, 2001 apud Ministério da Saúde, 2004).⁵

A internação domiciliar, segundo as Diretrizes para Assistência Domiciliar (Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde, 2004), diferenciar-se-ia da assistência domiciliar por prestar atendimento a usuários em condições clínicas que requeiram maior intensidade de cuidados e frequência de visitas, por isso, seria realizada por uma equipe específica. No entanto, a Organização Mundial da Saúde frisa a importância da inserção dos serviços de assistência domiciliar à rede dos serviços da Atenção Primária. Os autores vêm apontando inúmeras vantagens da assistência domiciliar em relação à hospitalar, entre as quais a pouca alteração do modo de vida do paciente, a redução dos custos para a família e Estado, a diminuição do risco de infecção hospitalar e o estímulo a uma relação médico-paciente mais humanizada (Rehem; Trad, 2005; Ribeiro, 2004; Mendes Júnior, 2000).

A atenção domiciliar vem adquirindo importância internacionalmente, e no Brasil, a ESF tem sido a concretização desse fato no sistema público de saúde. Na Europa, o desenvolvimento da assistência domiciliar tem sido desigual. No Reino

⁵ Takahashi RF, Oliveira, MAC. A visita domiciliária no contexto da Saúde da Família. In: Brasil, Ministério da Saúde, Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. *Manual de Enfermagem*, Brasília, 2001.

Unido, a assistência domiciliar começou a desenvolver-se na década de 60 com o nome de Atenção Hospitalar no Domicílio. O modelo francês separa as duas modalidades, hospitalização domiciliar e atenção primária no domicílio, sendo seguido pela Espanha, Reino Unido, Suécia e Canadá; enquanto nos Estados Unidos e Alemanha, por sua vez, a noção de atenção domiciliar integra os dois conceitos, atenção primária no domicílio e hospitalização domiciliar (Cotta et al., 2001).

Segundo a OMS/WHO (2000), a assistência domiciliar deve ser compreendida não de forma isolada, mas organizada em uma proposta política, integrada no sistema de saúde. Essa integração possibilitaria o desenvolvimento de um cuidado contínuo tanto quanto possível, respeitando as necessidades das pessoas sob cuidados domiciliares e suas famílias, bem como suas preferências e valores; um menor custo, à medida que se reduz o desperdício de recursos, em geral bastante escassos. Permitiria também que a coordenação do cuidado ao usuário fosse desenvolvida, tendo o médico de família e comunidade a responsabilidade pelo acompanhamento, com o apoio dos outros níveis de atenção; requereria o apoio aos cuidadores formais ou informais mediante o desenvolvimento de programas com grupos de apoio e troca de experiências, incluindo aí o próprio usuário, possibilitando que se torne partícipe de seu próprio cuidado (WHO, 2000; Cotta et al., 2001).

A atenção domiciliar começa a ter visibilidade no País a partir de 1991 com o início das atividades do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), ao introduzir um enfoque na família, estabelecendo efetivamente, com a visita do agente comunitário de saúde (ACS), um “sistema” de visitas domiciliares que integra promoção e prevenção em saúde (Vianna; Dal Poz, 1998).

O pré-protocolo de Florianópolis define a modalidade de internação domiciliar como de média complexidade, isto é, realizada por uma equipe técnica multiprofissional de atenção domiciliar com habilidades clínicas mais complexas em relação à equipe de saúde da família, com a função de prestar assistência clínico-terapêutica ao paciente em seu domicílio. A composição da equipe incluiria necessariamente, um médico com residência médica concluída em clínica médica ou geriatria e um enfermeiro com experiência na área hospitalar.

No entanto, em Florianópolis o protocolo de Atenção Domiciliar ainda não foi implantado, e cabe às equipes de saúde da família o acompanhamento dos pacientes em suas áreas de abrangência, o que acaba por sobrecarregar muitas vezes a equipe, ficando esta responsável pelo encaminhamento dos pacientes quando estes necessitam de internação ou acompanhamento hospitalar. Alguns municípios definiram protocolos e normas operacionais no que tange à internação domiciliar, realizada por equipe específica em alguns serviços, mas a interface com o trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde da família ainda permanece imprecisa (Silva et al., 2005).

Em Florianópolis, os profissionais desenvolvem atividades específicas na visita domiciliar conforme a situação de saúde do paciente. Dessa forma, embora os critérios para visita domiciliar para o profissional médico incluam, preferencialmente, pacientes acamados ou com dificuldades para locomoção, no âmbito da Atenção Primária, as ações de saúde envolvem aspectos que extrapolam as necessidades exclusivamente clínicas, englobando cuidados mais abrangentes e permitindo ao médico integrar-se a essas atividades mesmo quando não as realizando pessoalmente. As visitas domiciliares ainda são realizadas com a finalidade de

realizar busca ativa aos faltosos de vacinas, consultas de pré-natal, investigação epidemiológicas de agravos de notificação compulsória, educação em saúde, pacientes com dificuldade de adesão ao tratamento, para compreensão da dinâmica familiar, ampliar o conhecimento da família sobre seus direitos no SUS e de cidadania, etc. (Ministério da Saúde, 2004).

Não existem protocolos estabelecendo condutas a serem desenvolvidas pela equipe, nem critérios para a realização das visitas de uma forma geral. A situação é complexa, uma vez que existem várias modalidades no âmbito da atenção domiciliar, isto é: a assistência (ou atendimento), internação, acompanhamento e vigilância, segundo conceituação do Manual de Assistência Domiciliar na Atenção Primária à Saúde do Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre, um dos serviços com maior experiência na área (Lopes, 2003). A assistência (atendimento) domiciliar seria realizada para pessoas com problemas agudos que estejam temporariamente impossibilitadas de comparecer à unidade de saúde; a internação para pessoas com problemas agudos ou egressos de internação hospitalar que exijam atenção mais intensa e que possam ser mantidos em casa; o acompanhamento para pessoas que necessitem contatos frequentes e programáveis (doenças crônicas, fase terminal, idosos com dificuldades de locomoção, doença mental, etc.) e a vigilância para visitas a puérperas, recém-nascidos, busca ativa dos Programas de Prioridades e abordagem familiar para diagnóstico e tratamento.

Dessa forma, o maior desafio para implementação de uma Política Nacional de Assistência Domiciliar é estabelecer uma atenção compartilhada entre as equipes de saúde de família e as equipes de especialistas dos hospitais, a fim de que estejam

adequadamente organizados, integrados e com financiamento especificado para prover ambos os tipos de atenção domiciliar (Cotta, 2001).

O atendimento no domicílio busca facilitar a vida do paciente e sua família. Por isso, é fundamental que a equipe de saúde entenda e respeite a dinâmica das relações familiares e procure ajudar no sentido de construir um ambiente mais saudável, adaptando o conhecimento técnico à dinâmica do universo familiar, valorizando-o. Ao atender ao usuário portador de uma doença, com incapacidade funcional ou dependência, a equipe certamente deparar-se-á com conflitos e questões próprias da dinâmica familiar com os quais terá de lidar (Ministério da Saúde/Depto Atenção Básica/documento preliminar, 2004).

Autorização da família, participação do usuário e existência do cuidador é uma questão fundamental para que aconteça a assistência domiciliar. A assistência e a visita domiciliar necessitam do consentimento da família e do paciente, quando este tiver condições de se manifestar. A assistência domiciliar não pode ser imposta. Além do que, a existência do cuidador é fundamental para o desenvolvimento dos cuidados no domicílio, pois estamos falando de uma atividade que busca desenvolver a autonomia do indivíduo em relação ao seu próprio cuidado, e participação da família e, principalmente, de um cuidador comprometido é fundamental para o êxito dessa atividade. (Lopes, 2003; Ministério da Saúde, 2004).

O cuidador é a pessoa que presta mais diretamente os cuidados, de maneira contínua ou regular, podendo ou não ser alguém da família. O cuidador realiza tarefas básicas no domicílio e auxilia nos cuidados que são fundamentais para que o paciente possa recuperar-se dentro do prognóstico esperado. As atividades e atribuições devem ser previamente estabelecidas entre a equipe, a família e o

cuidador, compartilhando responsabilidades, saberes e necessidades. No entanto, nem sempre existe cuidador disponível na família, o que compromete a assistência domiciliar, pois em todos os protocolos a existência do cuidador é condição *sine qua non* como critério de inclusão do paciente, ou, sua ausência, critério de exclusão do programa (Ministério da Saúde, 2004; Lopes, 2003).

Esse critério técnico, no entanto, entra em choque com as atividades desenvolvidas no cotidiano do trabalho das equipes de saúde da família. Como responsáveis pela prestação de cuidados em saúde de determinado número de famílias, a equipe não pode simplesmente “excluir” a pessoa que precisa da sua assistência por não ter um cuidador específico. Em geral, o que ocorre é que a equipe acaba por desenvolver estratégias na comunidade, ou via área do Serviço Social, para que essa assistência seja possível. Estas, no entanto, não são situações pontuais, elas fazem parte da rotina de muitas equipes de saúde da família que têm que lidar com as dificuldades vividas pelas famílias e com o desempenho de ações que deveriam ser realizadas por uma equipe de média complexidade, no domicílio. O estresse a que estão submetidas às equipes de saúde, muitas vezes, está localizado nessa falta de suporte para a prestação de assistência domiciliar e na referência especializada, na articulação com a equipe hospitalar. O cuidado no domicílio só é possível ser desenvolvido, plenamente, à medida que os saberes possam ser compartilhados pelos membros da equipe de saúde e, desta, com o usuário e família.

É preciso que a equipe mantenha-se sempre atualizada com o processo e a evolução dos cuidados que envolvem o atendimento do usuário. Dessa forma, é importante que os profissionais tenham uma prática interdisciplinar, possibilitando a democratização dos conhecimentos no sentido de propiciar um atendimento integral

ao usuário e sua família. Essas questões, transcritas no documento do Ministério da Saúde (2004), só poderão transformar-se em política concreta à medida que os gestores municipais a implementem.

A implantação da Estratégia de Saúde da Família e a realização de visitas para assistência no domicílio provocou o surgimento de questões quanto às atribuições e responsabilidades da equipe de saúde da família. Reforçou a necessidade de uma rede de apoio que inclui desde a família, a comunidade, até equipes de média complexidade e hospital de referência, citado anteriormente, representando um nó para o sistema.

A visita médica domiciliar, considerada no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) como consulta médica domiciliar, configura-se na atividade que mais espelha a mudança da prática médica trazida pela ESF. O médico, tradicionalmente, atuando no consultório das unidades de saúde ou nas enfermarias dos hospitais, visita pacientes nas suas casas. A imagem do Programa Saúde da Família foi, e ainda é, muitas vezes, explorada como o Programa (e agora Estratégia) no qual “o médico vai à casa dos pacientes”. Representa a possibilidade de manter o cuidado das pessoas, de qualquer idade, que apresentem problemas de saúde que determinem incapacidade funcional e dependência, necessitando de assistência para as atividades da vida diária, de forma a promover uma melhor qualidade de vida para elas e suas famílias.

A Atenção Primária, sendo o primeiro nível de atenção e coordenadora desse cuidado, torna-se vital para que uma proposta de atenção domiciliar seja desenvolvida, atendendo não apenas ao critério de racionalização de recursos, sejam eles humanos ou financeiros, mas também às necessidades de saúde das pessoas que dela precisem, observando o contexto social e cultural das famílias envolvidas e

favorecendo, dessa forma, uma melhor compreensão do problema de saúde do paciente. Busca-se também nesse mesmo sentido um olhar (e cuidar) mais humanizado, não restrito a procedimentos técnicos e equipamentos e, finalmente, contribuir para a reformulação das bases da prática cotidiana dos profissionais de saúde.

É preciso, entretanto, que a articulação ao segundo e terceiro níveis de atenção, qual seja, respectivamente, o acesso às especialidades, exames e procedimentos e à internação hospitalar, quando necessários, possam ser devidamente organizados pelo gestor no município, dando suporte à atenção básica, evitando a sobrecarga e o estresse da equipe de saúde com atendimentos que extrapolem sua capacidade de atuação técnica. Alguns protocolos têm sugerido atribuições para os membros da equipe de saúde da família, como é o caso do protocolo desenvolvido pelo Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre e que serviu de base para o pré-protocolo de atenção domiciliar da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. O Ministério da Saúde (2004) descreve as diretrizes para assistência domiciliar na atenção básica/SUS e coloca atribuições para cada membro da equipe.

O que ocorre, entretanto, é que, como o próprio documento do Ministério da Saúde (2004) informa, as equipes de saúde da família acabam por ficar responsáveis por boa parte do acompanhamento dos pacientes que necessitam de assistência domiciliar e acabam por assumir responsabilidades, inclusive, com a internação domiciliar, que seria responsabilidade dos outros níveis de atenção. O grande problema apontado aqui é a referência e contrarreferência. Portanto, não adianta apenas diagnosticar a questão em si. A complexidade do trabalho da equipe de saúde da família exige um olhar diferenciado para sua prática, uma vez que não lida com

problemas de saúde de cunho exclusivo, como nos referimos; muitas questões envolvem demandas sociais mais amplas, às quais a equipe não pode deixar de estar atenta.

3.1 A ELEGIBILIDADE DE CRITÉRIOS PARA REALIZAÇÃO DE VISITA MÉDICA DOMICILIAR

A Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO, 2000) define alguns grupos os quais deveriam ser priorizados no que tange à atenção domiciliar e ao cuidado contínuo de saúde. Como observa a OMS, esses cuidados são endereçados a pessoas de todas as idades que apresentem problemas de saúde que determinem incapacidade funcional e dependência, necessitando de assistência para as atividades da vida diária, de forma a promover uma melhor qualidade de vida para esses indivíduos e suas famílias.

A definição de critérios seria fundamental para garantir a igualdade de acesso das pessoas que necessitam de cuidados de saúde domiciliares. Além disso, os critérios de elegibilidade dariam segurança à equipe de saúde para decidir aqueles que estarão incluídos no programa, evitando conflitos éticos sobre quem vai ou não ser incluído, correndo o risco de ampliar demais o número de admissões, comprometendo os recursos disponíveis e deixando de incluir aqueles indivíduos com maior necessidade. Outra questão importante seria avaliar se a pessoa faz parte da área de abrangência da equipe.

Baseando-se na classificação da Cruz Vermelha Espanhola (Anexo A), o Ministério da Saúde (2004) propõe a hierarquização dos cuidados no domicílio, de

forma a promover a otimização dos recursos disponíveis e ampliar o acesso, dentro do princípio da equidade, a seguir:

a) Cuidados domiciliares do primeiro nível

São elegíveis para esse nível de cuidados os pacientes classificados com graus 1 ou 2 da Escala de Avaliação de Incapacidade Funcional da Cruz Vermelha Espanhola. Esses pacientes deverão estar vinculados a uma unidade básica de saúde ou de especialidade e não é obrigatório que disponha de cuidador no domicílio. Esse nível envolve atividades como: avaliação das condições do domicílio com o objetivo de identificar potenciais riscos ambientais, educação para o autocuidado, que deverá ser realizada na unidade de saúde a qual a pessoa está vinculada e oferta de materiais e medicamentos imprescindíveis ao provimento dos cuidados.

b) Cuidados domiciliares do segundo nível

São elegíveis para esse nível de cuidado as pessoas com grau 3 da Escala de Incapacidade Funcional da Cruz Vermelha Espanhola. Esses pacientes deverão estar vinculados a uma unidade básica de saúde e deverão contar com um cuidador no domicílio, mas não necessariamente durante 24 horas. Os pacientes que sofreram acidente vascular cerebral (AVC) e apresentam limitações motoras enquadram nesse nível.

c) Cuidados domiciliares do terceiro nível

São elegíveis para os cuidados domiciliares de terceiro nível pacientes classificados nos graus 4 ou 5 da Escala de Avaliação de Incapacidade Funcional da Cruz Vermelha Espanhola. Esses pacientes devem dispor de um cuidador em tempo integral. Os pacientes com sequelas de AVC

restritos ao leito, clinicamente estáveis, pessoas com rebaixamento do nível de consciência, com traqueostomia, e que necessite de aspiração frequente de secreções respiratórias, enquadram-se nos cuidados desse nível. Os cuidados de terceiro nível incluem:

1. Cuidados médicos, de enfermagem e outros necessários à recuperação e preservação da saúde no domicílio;
2. Apoio e treinamento do cuidador;
3. Garantia de transporte até o serviço hospitalar referenciado, quando necessário;
4. Oferta de insumos imprescindíveis ao provimento dos cuidados;
5. Garantia de atendimento às intercorrências clínicas e atestado para o óbito que ocorrer no domicílio, nos casos de internação domiciliar, conforme Portaria n.º 2.416, de 23 de março de 1998, do Ministério da Saúde. Esses cuidados seriam realizados por uma equipe específica para internação domiciliar, no entanto, essas atividades também continuam sendo desenvolvidas, muitas vezes, pela equipe de saúde da família, como já mencionado.

O agente comunitário de saúde (ACS), sendo o profissional que reside na comunidade, mantendo contato permanente com as famílias, em geral leva as informações sobre a necessidade de assistência no domicílio, e, além dele, a solicitação de visita domiciliar pode ser realizada pelo próprio usuário, sua família, vizinhos, hospital e outros. A equipe deve estar preparada para acolher a solicitação e organizar o fluxo de atendimento.

Segundo dados reportados na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios/PNAD (IBGE, 2003 e 2005), em decorrência da tendência declinante da taxa de fecundidade associada à redução da mortalidade, vem ocorrendo, no Brasil, o estreitamento da base da estrutura etária, tendo a participação das pessoas de 60 anos ou mais de idade na população, aumentado de 6,4% em 1981 para 8% em 1993, alcançado 9,6% em 2003, e 9,9% em 2005. A população idosa, em 2002, já havia suplantado o de crianças de menos de 5 anos de idade. Segundo Ana Amélia Camarano (2003), em 25% dos domicílios brasileiros há um idoso, ou seja, um quarto das famílias. Outro fato importante é que o grupo formado por pessoas acima de 80 anos, que possuem maior incidência de doenças crônicas, piores capacidades funcionais, menor autonomia, e que, conseqüentemente, exigem maior atenção da família e sociedade, alcançou 2,4 milhões em 2005. As mulheres são maioria nesse grupo, numa razão de 62 homens para cada 100 mulheres (PNAD, 2005).

A mudança do padrão demográfico observado, juntamente com o aumento do índice das doenças crônico-degenerativas (incluindo hipertensão arterial e diabetes mellitus), e, por outro lado, o aumento das causas violentas de morte (causas externas) e um maior número de sequelas de traumatismos crânio-encefálicos ou raqui-medulares, devido a acidentes ou ferimentos com armas de fogo, que atingem pessoas mais jovens, reforça a importância do trabalho da equipe de saúde da família, que deve manter o atendimento da pessoa e sua família de forma longitudinal e contínua.

Estudo realizado sobre a caracterização das pessoas com perdas funcionais e dependência, em São Paulo, constatou que a proporção de formas graves de incapacidade e dependência entre os de idade inferior a 60 anos foi maior (43,3%) do

que entre os idosos (30%). Outro dado relevante, no estudo mencionado, é que 65,8% das mulheres com formas graves de incapacidade eram idosas, enquanto entre os homens a proporção de idosos era de 46,6%. Assim, 53,3% dos homens totalmente dependentes para as atividades da vida diária (AVD)⁶ tinham idade inferior a 60 anos e 35,1%, idade inferior a 40 anos. As doenças do aparelho circulatório foram as principais causas de incapacidade e dependência de forma isolada entre os idosos. No entanto, entre os que têm menos de 60 anos, a principal causa foram doenças do sistema nervoso, ficando as causas externas em 4.º lugar. O estudo também aponta que, considerando a maior expectativa de vida das mulheres, o envelhecimento populacional e sua relação com o aumento das doenças crônico-degenerativas, associados ao aumento do risco para perdas funcionais e dependência, seria de se esperar que se observasse um maior número de idosos e de mulheres entre aquelas pessoas com formas graves de incapacidade e dependência. No entanto, observou-se a existência de um maior número de homens e pessoas com idade inferior a 60 anos nessa condição. O programa de visitas domiciliares precisa estar atento a essas demandas e peculiaridades regionais da composição da população dependente.

A atenção domiciliar torna-se, assim, considerando as mudanças que vêm ocorrendo no padrão etário da população brasileira e no quadro de morbidade, um importante item a considerar-se no que tange às políticas públicas endereçadas à saúde, no arcabouço da ESF.

⁶ Atividades da Vida Diária compreendem: Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD): alimentação, banho, higiene, vestuário, transferência e continência; Atividades Instrumentais da Vida Diária: lavar, cozinhar, trabalhos domésticos, telefonar, comprar, utilizar meios de transporte, cuidar dos medicamentos e finanças.

Em Florianópolis, Conill (2002) constatou que as visitas domiciliares são realizadas principalmente pelo agente comunitário, e os médicos realizam mais essa atividade do que a enfermagem em algumas unidades de saúde. As visitas médicas são realizadas frequentemente junto com os agentes comunitários e, pela importância que as famílias dão ao trabalho do ACS, a presença desse profissional traz reflexos positivos para a visita do médico e enfermeiro.

Os médicos que integram a RDA não realizam a supervisão presencial dos alunos do curso de Medicina quando estes fazem as visitas domiciliares. Em geral, os alunos são acompanhados pelo agente comunitário de saúde ou enfermeiro. Esta é a orientação dada aos supervisores médicos pela RDA, pois o médico não pode ausentar-se do centro de saúde, onde orienta e supervisiona outros alunos. No entanto, essa questão torna-se polêmica, pois pode indicar uma “desvalorização” em relação à visita, já que o profissional médico permanece no centro de saúde e supervisiona as consultas médicas.

Na análise dos dados do SIAB, série histórica da produção de 2007, as visitas médicas foram 4.943, do enfermeiro, 5.025, dos profissionais de nível médio (técnicos), 4.040, dos outros profissionais de nível superior, 654, e dos agentes, 565.674.

Entendemos que é fundamental a existência de uma organização e hierarquização de cuidados no que tange à assistência domiciliar. É a Atenção Básica, com as equipes de saúde da família, que devem ser as coordenadoras desse cuidado. Elas têm o acesso e o vínculo que vai além da prestação do cuidado curativo. Conhecem as famílias e as dificuldades em que vivem e, mediante as visitas

domiciliares, podem manter o fluxo de comunicação com a equipe de especialistas quando necessário.

McWhinney (1997) expõe alguns critérios para decisão de fazer visita médica domiciliar na Atenção Primária:

- doenças crônicas instáveis ou exacerbações agudas de doenças crônicas como, por exemplo, insuficiência cardíaca congestiva, doença de Alzheimer, bronquite aguda ou crônica, exacerbações de esquizofrenia;
- episódios agudos de algumas doenças como influenza, pneumonia, pacientes imobilizados por dor aguda, episódios psiquiátricos agudos;
- pacientes que tiveram alta hospitalar e que ainda necessitam de supervisão médica, como aqueles que apresentaram infarto agudo do miocárdio, realizando quimioterapia para câncer, ou infecção respiratória. O médico de família deve desenvolver um plano de cuidados domiciliares no retorno do paciente;
- pacientes que tiveram alta hospitalar e requerem reabilitação, como aqueles que apresentaram acidente vascular cerebral, traumas ou cirurgias;
- pacientes com dificuldades para locomoção com doenças crônicas ou outras limitações como aqueles com artrite reumatoide, esclerose múltipla, com idade muito avançada;
- puérperas e recém-nascidos no retorno da maternidade, especialmente aquelas com pobre suporte social;
- avaliação de pacientes que necessitam internação hospitalar;

- pacientes com câncer avançado ou em estágio final de outras doenças crônicas.

Esses critérios, grosso modo, estão contemplados no Manual de Assistência Domiciliar na Atenção Primária à Saúde, elaborado por Lopes (2003), pelo Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre.

Assim, os critérios para VD, a nosso ver, vão além da mera classificação quanto à idade do paciente ou sua dificuldade para locomover-se. Esses critérios são amplos e inerentes ao contexto de vida das pessoas que vivem na área de abrangência de trabalho da equipe de saúde da família. Os critérios para VD na Atenção Primária, então, estão atrelados ao próprio processo de trabalho desenvolvido pela equipe, que deve estar baseado na vigilância à saúde (Mendes, 1994; Sisson, 2004). A VD realizada pelo médico de família, não exclusivamente para pacientes com dificuldades de locomoção, pode trazer a possibilidade de reflexão da sua prática, favorecendo a interação médico, paciente e família, trazendo questionamentos acerca da *medicina tecnológica*.

3.2 A VISITA MÉDICA DOMICILIAR COMO ATIVIDADE DO MÉDICO DE FAMÍLIA

Atualmente, a especialização na *medicina tecnológica*, não negando seus benefícios e avanços para uma melhor qualidade da assistência à saúde e de vida para a população, gera conflitos e rupturas na relação médico-paciente, em razão da despersonalização da assistência e dificuldades de comunicação (Schraiber, 2008). Em contrapartida, a Política Nacional de Atenção Básica (Ministério da Saúde,

2006), por meio da ESF, mesmo considerando a diversidade de sua implementação no País, possibilita e estimula a *aproximação e vinculação* dos profissionais de saúde que atuam nesse nível com a população a que atendem. Para o médico (alvo da nossa pesquisa) surgem aqui situações que oportunizam espaços e atividades em que a comunicação pode ser estabelecida, e os atores envolvidos têm a chance de desempenhar papéis cujos *scripts* nem sempre estão definidos, pois dependem de situações do cotidiano que extrapolam, muitas vezes, os protocolos e normas assistenciais. A visita domiciliar constitui-se, então, além de uma atividade, em um desses espaços onde a importância da relação médico-paciente fica evidente e envolve outros personagens.

As questões que envolvem a relação médico-paciente são bastante complexas e historicamente situadas. Schraiber (1993; 1997; 2008) estuda o trabalho médico, bem como as mudanças ocorridas na prática médica e na relação do médico com o paciente em pesquisas que envolveram médicos(as) formados na primeira e segunda metade do século XX, em São Paulo. A autora discorre sobre as grandes transformações sofridas na prática da Medicina no início do século, a *medicina liberal*, centrada na figura reconhecida do médico de consultório privado, para uma prática centrada na especialização e intermediários tecnológicos, a *medicina tecnológica*, especialmente a partir da década de 60. Uma das questões centrais abordadas pela autora encontra-se na esfera relacional do trabalho dos médicos. As mudanças e os novos arranjos tecnológicos levaram a perdas mercantis e produtivas da autonomia médica liberal e, mesmo preservando certa autonomia técnica em relação ao diagnóstico e conduta terapêutica, ocorreram *rupturas interativas* (grifo da

autora) drásticas que envolveram não só as relações com o paciente, mas também com os colegas e demais profissionais de saúde (Schraiber, 2008, p. 20).

A Medicina não é apenas uma técnica cujo objetivo é diagnosticar e curar doenças; é uma prática que tem por base as interações, que se expressa como confiança mútua, e cujo sucesso depende do outro (Schraiber, 1997). A questão da despersonalização do cuidado e da impessoalidade da prática é um dilema da prática médica atual, fortemente alicerçada numa “medicina tecnológica”, mediada por exames e equipamentos, na qual a relação médico-paciente perde força. O tecnicismo do agir médico e a perda da relação imediata com o corpo irá transformar a prática em processo agora sempre mediado pelos equipamentos (Schraiber, 1997, p. 183).

A visita do médico à casa do paciente era uma prática comum no passado. Nas décadas de 30 e 40, o médico atendia aos “chamados” dos pacientes e no domicílio, numa época de poucos recursos tecnológicos, quando a arte da conversa era a principal técnica utilizada para diagnóstico, “seu meio de trabalho” (Schraiber, 1993). É importante observar que o *tempo da consulta* era mais do que mero aspecto da consulta, pois ele e a conversa simbolizavam não apenas a essência de uma liberdade de ação da prática liberal, mas a própria essência de sua possibilidade técnica. Na consulta articulavam-se a atenção, a observação paciente do caso e o instrumento maior, a anamnese.

A relação que se estabelecia entre paciente e o médico nas primeiras décadas do século XX era uma relação hierárquica; em geral, não se questionava o médico, não se argumentava com ele. A conversa não passava de um relato. Podemos então nos perguntar: será que o médico de família atual é uma reedição desse médico de

família da época de nossos avós? Será que a conversa do médico de antigamente era mais eficaz da que é entabulada pelo médico de família de hoje?

Segundo Schraiber (1993; 1997), a medicina de prática liberal teve seu apogeu no Brasil em torno da década de 30, sendo progressivamente substituída por uma prática conformada em trabalhos especializados de produtores associados e de cooperação obrigatória, uma *medicina tecnológica* (grifo nosso), em que acontece alteração nas relações de cooperação e confiança, bases da antiga relação médico-paciente, assim como no reconhecimento das responsabilidades individuais e das compartilhadas entre os profissionais.

Dalmaso (2000a) declara que a partir da Segunda Guerra Mundial, principalmente, ocorreu uma penetração cada vez maior da ciência na técnica. No campo da Medicina, houve um deslocamento daqueles atributos valorizados quanto ao desempenho individual e à habilidade pessoal para a perícia, para a habilidade instrumental, para a inovação e para a intervenção. Há a incorporação e desenvolvimento de outras áreas como a microbiologia, genética, farmacologia, valorizando-se cada vez mais a pesquisa científica. Os médicos adotam protocolos, rotinas e *guidelines*, na tentativa de controlar a incerteza (Dalmaso, 2000, p. 53). Mas se o médico da década de 30 era guiado pelo “paradigma da disponibilidade” (Schraiber, 1993, p. 86), o médico atual é guiado pelo “paradigma da produtividade”.

A medicina tecnológica que, paulatinamente, supera a prática liberal, agrega consumidores e produtores em coletivos, e substitui a procura do “seu médico” pelo médico do convênio, da previdência social pública, do consultório particular, etc. (Schraiber, 1997). “O papel do médico secundarizou-se” (Schraiber, 1997, p. 113). O cuidado é intermediado por equipamentos cada vez mais sofisticados e exames

laboratoriais de rotina cada vez mais necessários. Só se pode confiar no médico se ele solicitar alguns exames e procedimentos.

Os médicos de cabeceira de antigamente dispunham de escassos recursos materiais e tecnológicos e baseavam-se fortemente na história e exame físico; a medicina atual, que dispõe de um arsenal técnico considerável, reduz o tempo dedicado à história e o exame físico, aumentando a produtividade (Schraiber, 1993). No entanto, se antigamente os conselhos médicos eram percebidos como leis, a tecnologia atual permite ao paciente maior acesso à formulação da conduta médica e enseja participação, pela disseminação da informação, mas restringe o tempo da comunicação. O trabalho de Schraiber (1993, 1997) salienta que é esse tempo dedicado à conversa que os médicos buscam preservar, pois representaria a “essência” (grifo da autora) do caráter liberal de suas práticas. Assim, a nosso ver, a conversa é necessária para que se estabeleça a comunicação que é impregnada pelo contexto de vida, especialmente durante a VD, e que pode dar um sentido diverso à medicina tecnológica do dia a dia.

Na Inglaterra, as taxas de visitas médicas domiciliares realizadas pelo *general practitioner* (GP) têm diminuído nos últimos 30 anos. No entanto, a VD continua a ser uma importante atividade e é um dos fatores que diferencia o cuidado primário em saúde na Inglaterra daquele de muitos outros países ocidentais (Aylin et al., 1996). A taxa anual declinou em 27% entre 1981-2 e 1991-2, de 411/1000 pacientes/ano para 299/1000, ainda que o contingente populacional com idade de 65 anos e mais (que representa a grande demanda para visitas domiciliares) na Inglaterra e País de Gales tenha aumentado aproximadamente 7% no período. Isso sugere que os GPs mudaram a forma de prover o cuidado, fornecendo uma quantidade menor de

cuidados domiciliares aos seus pacientes. Apesar disso, as visitas domiciliares foram responsáveis por 10% de todos os contatos com os GPs (Aylin et al., 1996). Os autores citam que 40% das visitas domiciliares foram realizadas para cerca de 1% da população mais idosa. Isto aconteceu em função do requerimento introduzido no contrato dos GPs, a partir de 1990, de oferecer visitas domiciliares aos pacientes com idade superior aos 75 anos.

Estudo realizado na região de Quebec, no Canadá, no final de 1994, com aproximadamente 78,2% dos GPs, demonstrou que 58,1% dos profissionais participantes realizavam cuidados domiciliares, há aproximadamente 17 anos (Bergeron et al., 1999). A média de idade dos médicos era de 44,6 anos, e estes atuavam como médicos(as) de família por aproximadamente 20 anos. A maior parte dos cuidados domiciliares foi realizada por médicos do sexo masculino, de forma individual ou grupo privado, com remuneração (*fee-for-service*). As visitas representaram 11,5% dos compromissos da agenda da última semana de trabalho. Em relação ao número de visitas realizadas na última semana de trabalho, 41,7% haviam realizado 5 ou menos; 23% realizaram entre 6 a 10 visitas; e 35,3% haviam realizado 11 ou mais. Em relação ao tempo disponibilizado para a atividade, 31,5% haviam passado menos de 3 horas realizando cuidado domiciliar, 38,7%, de 3 a 6 horas e 29,8% haviam passado mais de 6 horas realizando cuidados domiciliares (Bergeron et al., 1999).

O estudo canadense questiona a forte relação entre o aumento dos cuidados domiciliares e a remuneração, afirmando que essa relação não pode ser explicada simplesmente no aspecto econômico, uma vez que apenas 50% dos médicos participantes admitiram que fariam um número maior de visitas se fossem mais

apropriadamente compensados. Outros fatores, de ordem organizacional, tais como a disponibilidade via telefone de atendimento emergencial, apoio de parceiros e colegas e organização do tempo de trabalho, poderiam influenciar no desejo em realizar cuidados domiciliares (Bergeron et al., 1999).

Estudos mais recentes têm mostrado que o declínio nas taxas de visitas domiciliares realizadas pelos médicos de família têm sido consistentes (Berg et al., 2006; Joyce, 2008). Na Holanda, estudo comparando os anos de 1987 e 2001, com objetivo de investigar mudanças na taxa de visita domiciliar em relação ao tipo de diagnóstico, detectou decréscimo no número das visitas que não envolviam demandas de urgência. Entretanto, em 2001, ocorreu aumento das visitas quando o problema que havia motivado a visita era dor generalizada e reação aguda ao estresse (Berg et al., 2006).

Na Austrália, segundo estudo de Joyce e Pitman (2008), ocorreu uma redução drástica na taxa de VDs realizadas pelos GPs, no período de 1997-2007, representando 51%. Alguns fatores foram relacionados como motivadores para que isso ocorresse, tais como: o tempo despendido nas visitas, a pequena remuneração associada com a atividade, questões envolvendo a segurança para prática de VD e o aumento de visitas realizadas após o horário de trabalho (*after hours urgent*), em razão de incentivos promovidos pelo governo. Os autores chamam a atenção, considerando o último item mencionado, para a disputa entre os serviços para realização de VDs. Essa situação vem acarretando dificuldades no acompanhamento do paciente pelo seu GP “usual” e gerando a necessidade de uma melhor comunicação e integração entre os diferentes provedores no sentido de garantir a continuidade do cuidado oferecido ao paciente (Joyce; Pitman, 2008, p. 1041).

A redução na taxa de VDs nos Estados Unidos ainda é maior do que nos países europeus, segundo McWhinney (1997). Um dos argumentos utilizados para a não realização da VD seria o fato de que o cuidado oferecido em consultório ou em hospital seria de melhor qualidade. No entanto, o autor defende que, ao não visitar o paciente no domicílio, o GP realizaria um cuidado de menor qualidade.

A VD poderia constituir-se em espaço instaurador de novas necessidades em saúde, inclusive para reflexão dessa própria prática e da tecnologia empregada. Essa questão, que envolve o processo de trabalho e a prática clínica, bem como a importância da comunicação médico-paciente envolvida no contexto atual da *medicina tecnológica*, será desenvolvida a seguir.

4 COMUNICAÇÃO, UMA NECESSIDADE E POSSIBILIDADE NO CONTEXTO DA VISITA MÉDICA DOMICILIAR

A relação entre médico e paciente tem sido tema de interesse de inúmeros estudos na sociologia, especialmente a partir da década de 50 com Parsons, com seu clássico trabalho *The Social System*) e com o trabalho de Freidson, na década de 70, *Profession of Medicine*. Enquanto Parsons via na relação assimétrica entre médico e paciente, tendo o primeiro um papel ativo e o segundo um papel, caracteristicamente e funcionalmente passivo, como apropriado, Freidson trazia para discussão a complexidade da profissão médica, estimulando um novo interesse e respeito à opinião do paciente, e como as elaborações desenvolvidas por estes podem variar independentemente daquelas culturalmente reconhecidas dos profissionais e especialistas (Scambler; Britten, 2001).

Estudo de Mishler (1984) argumenta que se os médicos escutassem mais, realizassem perguntas abertas, modificassem o linguajar técnico em conformidade com a voz do mundo da vida e negociassem formas de compartilhamento de poder, eles poderiam não apenas ser mais humanos, mas também clínicos mais efetivos. O autor expõe seu livro na perspectiva de uma crítica geral às formas correntes de prática e de pesquisa clínica. Para ele, as formas correntes de prática clínica estão baseadas numa relação assimétrica de poder entre os pacientes e os trabalhadores do cuidado em saúde (Mishler, 1984, p. 191).

Para que seja assim, “a razão é que a voz da medicina se restringe exclusivamente ao modelo biomédico” (Mishler, 1984). Esse modelo reflete o campo técnico-instrumental das biociências, deixando de fora o contexto social de

significados, do qual a compreensão plena e adequada dos pacientes e suas doenças depende. A efetividade da prática depende de tal compreensão. Além disso, trazer esse argumento para mais perto, “significa dizer que a humanidade e a efetividade do cuidado estão juntas e não em oposição uma a outra” (Mishler, 1984, p. 192). Uma relação menos assimétrica dependeria então de um “empoderamento” da “voz do mundo da vida” em detrimento da “voz da medicina”. Para o autor, isso só aconteceria se ocorresse uma mudança da prática de uma perspectiva biomédica para uma perspectiva social, com significativo envolvimento do profissional com pacientes, famílias, comunidade e trabalho.

Segundo Maynard e Heritage (2007), as observações de Mishler foram ampliadas por Waitzkin, no seu trabalho *The Politics of Medical Encounters* (1991). Waitzkin destaca que o discurso médico coloca-se contra a expressão de problemas pessoais, incluindo “dificuldades no trabalho, insegurança econômica, vida familiar e papéis de gênero, o processo de envelhecimento, o padrão de uso e abuso de substâncias, e problemas emocionais”, entre outros, contribuindo para o controle social.

Jones (2001), não negando a importância do contexto social e político que envolve a relação médico-paciente, o consumismo e o clientelismo que florescem no contexto da globalização e que interferem sobremaneira nessa relação, critica a perspectiva de Mishler, considerando-a muito simplista, tomando por base o trabalho de Atkinson (1995), *Medical Talk and Medical Work*. Atkinson (apud Jones, 2001, p. 74) menciona que ao fazer uma distinção rígida entre a voz do mundo da vida e a voz da medicina (a voz do sistema), Waitzkin promove uma versão exagerada da tese da medicalização. O autor argumenta que a medicina tem muitas vozes que coexistem e

às vezes entram em conflito. Entre essas vozes, ele identifica a voz da experiência, as vozes dos livros e jornais científicos, a voz dos mais velhos e a voz da reminiscência.

Ele demonstra como o conhecimento é produzido e reproduzido em micro-cenários, e como estes podem envolver uma variedade de vozes em diferentes tempos. O conhecimento e o poder médico são oralmente transmitidos de diferentes formas, com os indivíduos invocando a ciência, a experiência, a antiguidade e também através de casos pessoais, em diferentes partes do discurso médico. (Jones, 2001; 74).

Atkinson (apud Jones, 2001)⁷ chama a isso conhecimento *apodídico* (grifo do autor) ou claramente estabelecido. Dessa forma, a linguagem técnica e os códigos linguísticos e não linguísticos são compreendidos e transmitidos entre os profissionais. Esse processo, de certa forma, contribui para a construção de um monopólio de conhecimento que reforça o lapso de competência (*competence gap*) entre o médico e o paciente. Essa questão é importante, porque nela ocorrem muitos problemas de comunicação.

Os estudos que envolvem a relação médico-paciente, segundo Scambler e Britten (2001), em geral, apresentam algumas características em comum que podem ser enfatizadas. Agregam pouco embasamento teórico (com exceção de alguns estudos que utilizam aporte *foucaultiano*), abordando descrições, “tipificações” (grifo dos autores) ou pesquisa de qualidades comunicativas ou interacionais, as quais têm desfecho positivo para a saúde, ou comportamentos em relação ao estado de saúde futuro, ou de satisfação para o paciente. Tendem a apresentar a relação médico-paciente como *unidade de análise autônoma ou autocontida* (grifo dos autores), *descontextualizando* o encontro médico-paciente em uma série independente e um mix de características comunicativas (interacionais) pré-definidas

⁷ Atinkson, P. *Medical Talk and Medical Work*. London: Sage. 1995.

positivas *versus* negativas. Além disso, muitos estudos na Inglaterra e em outros países estão dirigidos para pesquisa em políticas de saúde, com fundos disponíveis, especialmente em investigações de efetividade e eficiência clínicas e de promoção de saúde, notavelmente em cuidados primários, e nessa linha focalizando *approaches* em comunicação e interação médico-paciente. Os autores enfatizam a relevância da teoria sociológica para a compreensão da relação e comunicação médico-paciente, tanto dos estudos de análise macro quanto microsociológica.

Ao utilizar o aporte da Teoria da Ação Comunicativa de Habermas para compreensão da relação médico-paciente, tanto como interação face a face quanto como comunicação, os autores admitem a possibilidade de uma análise ao nível “micro”, articulada com o “macro”, por meio de relações entre os subsistemas da economia e do estado (Scambler; Britten, 2001, p. 47). A nosso ver, essa abordagem auxilia nessa compreensão, permitindo perceber as relações entre o médico e o paciente e sua família, tendo o contexto da prática médica no domicílio como foco principal. Articula todo um cenário de fundo que engloba a política de saúde, envolvendo as dificuldades vivenciadas na prática cotidiana da *medicina tecnológica*, numa tensão permanente entre a “produtividade” exigida do médico, em especial, e a “disponibilidade” necessária para que o profissional possa interagir com o paciente e família.

Schraiber (2008) aponta em seu estudo os grandes dilemas médicos (e éticos) colocados no contexto da prática médica dos dias atuais. A autora é veemente quando diz:

o ato médico, tal como veio a se configurar como prática científica e moderna, não pode prescindir de sua característica de trabalho reflexivo e produzido de modo individualizado, a menos que se refaça como prática clínica, dando origem, então, a um outro modelo de intervenção – a uma outra medicina. (Schraiber, 2008, p. 211).

Assim, os médicos transitam numa “corda bamba” precisando dar conta, e reconhecendo a dimensão concreta e simbólica da sua prática de atender às pessoas nas suas necessidades diárias, em assisti-las nos mais diversos problemas de saúde, inseridos no mercado de assalariamento e de perda da autonomia mercantil. Como menciona Schraiber (2008, p. 27), houve uma intensificação de conflitos de base institucional em relação ao controle da clientela e das condições de trabalho, uma ainda maior complexidade técnica, com o aumento da especialização e dos recursos instrumentais de intervenção, de informações, além dos desafios gerados com o trabalho associativo e a convivência em coletivos. Tudo isso determinou mudanças nas relações entre os profissionais, entre esses e as empresas e o próprio estado e, fundamentalmente, entre o médico e o seu paciente, gerando o que Schraiber chama de “crise de confiança”.

Segundo Schraiber (2008, p. 228), a confiança é o valor máximo no trabalho médico e “característica nuclear de sua qualificação de ação moral”. Ela simboliza o caráter pessoal da prática médica. A autora menciona dois valores e procedimentos práticos agregados à confiança, que seriam: o segredo, símbolo da privacidade e exclusividade da prática; a personalização da intervenção.

Como ação moral, o cuidado médico pressupõe a responsabilidade no desempenho profissional, porque o médico assume para si os riscos da autoridade técnica e a qualidade complexa da decisão de conduta clínica (*health care decision making*), implicando aqui, também, atenção e disponibilidade. Segundo a autora, esse seria o “reto exercício da profissão, a moral de conduta definida para o trabalhador; mas também um proceder técnico diante do outro e, nisso, ético” (Schraiber, 2008, p.

228). Esses valores, segundo a autora, historicamente permearam a construção da ação médica como ação de técnica científica da Modernidade, e por isso denominada *técnica moral-dependente*.

A autora explica, entretanto, que o desenvolvimento tecnológico traz questões desafiadoras para a prática médica, especialmente na forma de relação entre “dois sujeitos”, com suas autoridades morais, quando “a dimensão interativa assume a modalidade de comunicação mais ou menos verbal e mais ou menos dialógica” (Schraiber, 2008, p. 229). Na *medicina liberal*, a presença do médico e a conversa cunharam no imaginário social essa prática como a adequada para médico e paciente, no entanto, os julgamentos e decisões ficaram na mão dos médicos. A medicina atual, com os procedimentos intervencionistas e tecnologias próprias, “altera a conformação anterior, quanto à ação moral”, não apenas no que tange às relações interpessoais e a crise de confiança, mas em relação ao processo decisório e julgamento clínico, com transformações na forma de comunicação e interação médico-paciente. A autora menciona como “múltiplos intermediários” tornaram-se comunicantes. Tratamentos, procedimentos, exames e o próprio médico tornaram-se intermediários da relação com o paciente, à medida que estes diminuíram a necessidade de diálogo, ou, melhor dizendo, fizeram do diálogo a parte subordinada àquela parte tecnológica.

No estudo de Schraiber (1993), os médicos formados entre o período de 1930-1955, em São Paulo, quando foram entrevistados, mencionaram que é preciso preservar o “tempo da conversa”. O limite ao “exagero” (grifo da autora), ao abuso da utilização de exames e procedimentos da medicina tecnológica pode ocorrer pelo raciocínio e experiência clínica do profissional, preservando a autonomia do seu

trabalho. Como a autora menciona, a própria noção de “trabalho” é complexa em relação à prática médica. Schraiber afirma que

a profissão médica separa-se dos demais trabalhos técnicos não só porque designa ações que demandam qualificações específicas e especiais, ou porque tenha regras próprias de exercício, mas porque lhe são dadas normas de conduta bem estabelecidas, definindo uma moral de prática e implicando uma sabedoria acerca do uso de ambos – conhecimentos e valores éticos. (Schraiber, 1993, p.152).

Assim, a noção de trabalho fica subsumida na ideia genérica de profissão.

A comunicação é fundamental para a interação médico-paciente, e essa comunicação depende de uma prática médica que tenha como pressuposto valores éticos. Como diz Schraiber (2008, p. 213), o abandono da ideia da medicina como arte, como se configurava na década de 30, não significa a supressão da dimensão mais subjetiva da prática, em que se inscreve a autonomia decisória do médico, como parte do seu desempenho profissional.

Uma relação médico-paciente com menos assimetria pressupõe uma relação mais democrática. Apenas dessa forma seria possível a comunicação e a participação ativa do paciente na própria conduta clínica, facilitando a realização do tratamento (Scambler; Britten, 2001; Schraiber, 2008). A democratização da relação que se estabelece entre médico e paciente, certamente, não é um fato a realizar-se apenas pela vontade dos indivíduos que interagem nesta relação. Seria ingênuo de nossa parte acreditar que bastaria uma organização melhor do sistema de saúde, um acesso mais facilitado, “conscientização” de profissionais e usuários, remuneração adequada, para que isso pudesse ocorrer. O SUS está integrado no contexto político, econômico e social do País e também no plano internacional. No entanto, a saúde e o seu cuidado é um ponto nevrálgico por ser uma necessidade inerente da existência

humana e, por isso, e para que esse cuidado possa ocorrer de forma plena, tem ocorrido nos últimos anos, em alguns países, principalmente na Europa, estímulo à participação do paciente no processo de decisão do cuidado da saúde.

Segundo Jones (2001), a Organização Mundial da Saúde tem afirmado que a participação ativa dos pacientes na elaboração de condutas clínicas é uma necessidade social, econômica e técnica. Embora esse processo esteja em seu início, na Grã-Bretanha, segundo os autores, existem evidências que sugerem que políticas endereçadas ao estímulo da participação dos usuários favoreçam à democratização do encontro entre o médico e o paciente. O sistema de saúde inglês tem discutido a adoção de um modelo de atenção à saúde em que as decisões tomadas pelos médicos tenham a participação do paciente. A proposta inclui a adoção de um “modelo de concordância” (*the concordance model of the patient-doctor relationship*) entre médico e paciente que se basearia na ideia de assumir mútuo respeito em relação às “crenças” (grifo nosso) de ambos. O papel da ciência médica não é visto como o conhecimento superior a ser aplicado, mas como parte componente de um processo onde o paciente se torne central tanto para decisão quanto para a prática do cuidado em saúde (Scambler; Britten, 2001, p. 75). No entanto, como os próprios autores reconhecem, este é um terreno movediço, lembrando Atkinson (1995), concluem que o processo de tomada de decisão é complexo, multifacetado e claramente relacionado a diferenças de *status* e conhecimentos especializados. O consumismo emergente no processo de globalização e o maior acesso à informação podem introduzir novas assimetrias, enquanto reforçam outras.

Jones (2001) sinaliza que o maior acesso de informações pelo paciente pode também ser visto como parte da magnificação e extensão do poder biomédico.

Assim, para o autor, os benefícios da participação do paciente dependem crucialmente do padrão de redistribuição de poder na sociedade. Dessa forma, as mudanças que diminuam o poder médico no processo de decisão não significam, necessariamente, que favoreçam ao paciente.

A intenção de pesquisarmos a visita domiciliar realizada pelo médico como um espaço onde a interação possa ocorrer de forma mais “democrática” entre o profissional, o paciente e sua família, motivou-nos a utilizar a Teoria da Ação Comunicativa de Habermas como suporte para análise. Nosso objetivo é trazer à luz alguns aportes que ajudam a pensar a comunicação entre o médico e o paciente no domicílio, especificamente. Isso porque, como já mencionamos, no domicílio e na comunidade, o médico de família entra em contato com um mundo diverso daquele do consultório e à medida que permanece trabalhando na mesma comunidade durante algum tempo, pode ter a oportunidade de ampliar seu entendimento da vida cotidiana das pessoas às quais atende. Então, pensamos que essa “situação” pode modificar a forma de comunicação e interação entre o profissional, o paciente e sua família, interferindo no próprio acompanhamento clínico desse paciente.

O paradigma da comunicação proposto por Habermas não se refere à relação do sujeito isolado a algo no mundo, que pode ser representado e manipulado, mas sim à relação intersubjetiva que assumem sujeitos capazes de linguagem e de ação quando eles se entendem entre si sobre algo (no mundo). A questão chave é o *entendimento*, o processo de convicção intersubjetiva que coordena as ações dos participantes de uma interação sobre a base de uma motivação por razões (Rivera, 1995, p. 22). É com base nessa concepção que podemos compreender a sua pragmática universal, que afirma “a pragmática universal tem como tarefa identificar

e reconstruir condições universais do entendimento possível” (Habermas, 1978, p. 1). E seu objetivo é reconstruir a base universal da validade do discurso (Habermas, 1978, p. 5).

Aporte fundamental para a teoria habermasiana é a “visão descentralizada de mundo” (grifo do autor) derivada da teoria dos três mundos de Popper (Rivera, 1992). Os três mundos possíveis (que interagem) seriam: o mundo objetivo dos estados de coisas existentes; o mundo social das relações intersubjetivas reguladas normativamente; o mundo subjetivo das vivências internas exteriorizadas. Há correlação entre esses mundos e ações que se expressam pelo modo de linguagem usado nos atos de fala e se traduzem nos três tipos de ações: *ação teleológica*; *ação normativamente regulada* e *ação dramatúrgica* (Aragão, 1992).

Assim, segundo Aragão (1992, p. 53), se o modo de coordenação visa a cálculos egocêntricos de utilidade, temos a *ação teleológica*, que inclui a dupla dimensão instrumental/estratégica; se visa a um acordo socialmente integrante sobre valores e normas, instituído mediante a tradição cultural e a socialização, temos a *ação regulada normativamente*; se visa a uma relação consensual entre os atores e seu público, temos a *ação dramatúrgica (expressiva)*. A *ação expressiva* é caracterizada pela forma de exteriorização das intenções subjetivas, dos desejos e dos sentimentos, ao nível dramatúrgico. Por fim, a *ação comunicativa* representada pelo uso da linguagem visando ao *entendimento*. Aragão (1992) menciona que o acordo intersubjetivo entre os participantes na comunicação, premissa da *ação comunicativa*, vai acarretar importantes consequências no plano da ação social, e sublinhar a relevância da ação comunicativa como forma de ação ideal.

À medida que os participantes da comunicação visam a um acordo intersubjetivo, todos os envolvidos encontram-se em igualdade de chances para decidir as orientações da ação que vão determinar a vida social. Assim, para que tal fato ocorra, *é necessário a total ausência de coerção* (grifo nosso), já que as posições assumidas deverão levar em conta a possibilidade de que venham a ser contestadas pelos demais, devendo provar-se por suas *pretensões de validade*, e não por qualquer influência externa ou pela força. Está em questão o potencial da racionalidade assumida e vencerá a posição que puder apresentar o *melhor argumento*. Assume-se o caráter *emancipatório* desse tipo de ação, pois à medida que “os homens pensam, falam e agem coletivamente de forma racional, estão se libertando não só das formas de conceber o mundo e a si impostas pela tradição, como das formas de poder hipostasiadas pelas instituições” (Aragão, 1992, p. 54-5).

Habermas (1987, p. 367) propõe a *racionalidade comunicativa da ação*.

Na *ação comunicativa* os participantes não se orientam primariamente ao próprio êxito; antes perseguem seus fins individuais sob a condição de que seus respectivos planos de ação possam harmonizar-se entre si sobre a base de uma definição compartilhada da situação. Daí que a negociação de definições da situação seja um componente essencial da *tarefa interpretativa que a ação comunicativa requer*. (grifos nossos)

Habermas concebe o agir estratégico quando os sujeitos estão exclusivamente orientados para o sucesso, isto é, para as consequências do seu agir, e tentam influir externamente, por meio de armas ou bens, ameaças ou sedução, sobre a definição da situação ou sobre as decisões ou motivos dos outros. Ao contrário, o agir comunicativo acontece quando os atores tratam de harmonizar internamente seus planos de ação e se dispõem a perseguir suas metas sob a condição obrigatória de um acordo existente (ou de uma negociação sobre a situação e as consequências esperadas) (Rivera, 1992, p. 23-4).

Habermas (1978) preocupa-se em dirigir sua pragmática no sentido da experiência comunicativa ou entendimento, (*Verstehen*), diferenciando entendimento de observação. A observação diz respeito às coisas perceptíveis e eventos (ou estados); o entendimento, ao significado dos proferimentos e discursos. Os participantes de um processo comunicativo estão em interação, numa relação estabelecida intersubjetivamente.

Com base na teoria dos atos de fala iniciada por Austin, Habermas parte para desenvolver o conceito de racionalidade comunicativa quando o emprego da linguagem está voltado para o entendimento. Austin fez as seguintes distinções dos atos de fala: 1. *constatativos* e *performativos*; 2. *locucionários*, *ilocucionários* e *perlocucionários*. A distinção entre eles tem importância, pois estarão integrados no todo da teoria habermasiana (Dutra, 2005).

Com fundamento na centralidade da teoria dos atos da fala na teoria habermasiana, procuraremos, de forma breve, esclarecer o significado de cada ato. O ato *constatativo* é aquele que tem um componente proposicional ou conteúdo cognitivo, que corresponde à descrição de coisas ou à prescrição de obrigações, dentre outros casos; o ato *performativo* é aquele que corresponde ao uso do verbo empregado na primeira pessoa do indicativo e por meio desse elemento os participantes de uma comunicação estabelecem um vínculo intersubjetivo, em cujo contexto os conteúdos são transmitidos e compreendidos (Rivera, 1995).

Quando um ato de fala tem sentido e referência definidos, ele é considerado um ato *locucionário*. Quando, ao dizer algo, realiza-se uma ação, tem-se o ato *ilocucionário*. Assim, os atos *locucionários* têm significado, já os *ilocucionários* têm força (*força ilocucionária*). Por último, o ato *perlocucionário* consiste em obter-se

certos efeitos sobre alguém pelo fato de dizer-se alguma coisa. Nos atos *constatativos*, preocupamo-nos com o aspecto *locucionário*; nos proferimentos *performativos* damos importância à *força ilocucionária* (Dutra, 2005, p. 46-47). O ato da fala possui o que Habermas chama de reflexividade, é o que caracteriza a “competência comunicativa” (Dutra, 2005).

Habermas (1978) acentua que a fundamentação racional da força ilocucionária do ato de fala reside na perspectiva de que se estabeleça uma relação interpessoal entre os participantes do processo comunicativo que permita o mútuo reconhecimento. Ele menciona que o sucesso de um ato de fala depende não apenas se o ouvinte compreende o significado da expressão (sentença) falada, mas também se o próprio ouvinte estabelece relação com o falante. Assim, Habermas restringe sua atenção para a ação comunicativa, *a ação orientada para alcançar o entendimento*, quando esta envolve os atos de fala que são aceitáveis apenas se o falante não simplesmente “fala”, mas *sinceramente faz uma oferta verdadeira (a serious offer)*. Uma oferta verdadeira significa um *comprometimento* da parte do falante. Isso pode ocorrer à medida que os sujeitos que interagem no processo comunicativo reconhecem *as pretensões de validade de caráter universal* dos atos ilocucionários.

As pretensões de validade associadas aos atos de fala estão também relacionadas à “ideia de mundo” (domínios da realidade). Elas seriam:

- a *pretensão de verdade* do conteúdo proposicional da mensagem, isto é, dos proferimentos cognitivos referentes ao mundo objetivo/mundo de natureza externa (*“the” world of external nature*), que realizamos mediante os atos de fala constatativos;

- a *pretensão de correção*, de justeza do conteúdo normativo e valorativo, isto é, dos proferimentos referentes ao mundo social/ mundo da sociedade (*“our” world of society*), que se dão mediante os atos de fala regulativos e valorativos;
- a *pretensão de sinceridade e autenticidade* manifestada em proferimentos ao mundo subjetivo/mundo interno (*“my” world of internal nature*), e que se dão mediante os atos de fala expressivos;
- a *pretensão de compreensibilidade, de inteligibilidade (language)*, da mensagem contida nos proferimentos comunicativos; condição própria da compreensão da fala (Habermas, 1978; 1987; Rivera, 1995; Dutra, 2005).

Segundo Scambler e Britten (2001) o empreendimento de Habermas combina duas teorias proeminentes do campo da teoria social, a *Verstehen theory* e a *System theory*. A Teoria da Ação Comunicativa vai dar evidência à distinção entre o *mundo da vida e sistema*.

Bernstein (1982, p. 190), ao mencionar Schutz, fala-nos que *o mundo da vida diária* é um “inventário” de experiências prévias, as próprias e as que nos transmitem nossos pais ou professores; essas experiências funcionam como um conhecimento à disposição, como um esquema de referência. Esse “acervo de conhecimentos disponíveis” (grifo do autor) é amplo e inclui também as crenças, as expectativas, as regras e os caminhos que nos permitem interpretar o mundo. Nesse *mundo*, o interesse primordial do indivíduo não é teórico, senão *prático* (grifo do autor). Segundo Scambler e Britten (2001), embora o mundo da vida não possa ser problematizado como um todo, elementos desse mundo podem ser colocados em dúvida e, nesses casos, “tematizados” (grifo dos autores), fazendo com que os

participantes busquem os argumentos no sentido de restabelecer uma definição mútua de situação, pré-requisito para a cooperação. O *mundo da vida* é o espaço simbólico onde ocorre a integração social, cultural, e onde a personalidade se sustenta e se reproduz.

O sistema pertence mais à reprodução material do que simbólica, e é mais caracterizado pela ação estratégica do que pela ação comunicativa (Scambler; Britten, 2001). Habermas concebe a sociedade diferenciada em quatro subsistemas: a economia, o estado, a esfera pública e a esfera privada. Embora diferenciados, esses subsistemas mantêm interdependência como a economia e o estado de um lado, e a esfera pública e privada que constituem o mundo da vida, do outro. Cada subsistema seria especializado quanto ao que produz, mas interdependente dos outros em razão daquilo que não produz. Assim, a economia produz dinheiro; o estado, poder; a esfera pública, influência; a esfera privada compromisso. Os produtos ou *media* (grifo dos autores) são negociados entre os subsistemas. Habermas (1987) fala em *colonização do mundo da vida* quando as possibilidades para a ação comunicativa, no mundo da vida, tornam-se hiper-racionalizadas no que tange a um retorno imediato. Os participantes encontram-se como entidades legais e como partes de contratos mais do que como sujeitos que pensam e agem (Scambler e Britten, 2001).

No entanto, nosso interesse no aporte habermasiano é no sentido de que é enfatizado por Jones (2001), quando a *ética comunicativa* tem relevância para refletir sobre o cuidado em saúde, mesmo levando em consideração as dificuldades dessa ética, quando confrontada com as diferentes compreensões de poder, particularmente do poder médico.

O aporte habermasiano, por meio da Teoria da Ação Comunicativa, permite pensar o papel da medicina na colonização do mundo da vida e as distorções da comunicação (Jones, 2001). Jones (2001) discute as contribuições de Habermas e Foucault para sociologia médica e considera o aporte de Habermas ainda pouco utilizado nesse campo. Argumenta que as relações que se estabelecem entre o médico e o paciente são mais ambivalentes e contingentes. Os pacientes necessitam confiar nos profissionais em certos momentos e, algumas vezes, isso significa uma suspensão parcial da autonomia. Em outros momentos, a interação envolve a negociação de poder. O avanço tecnológico, especialmente na medicina, incluindo a genética, a farmacologia, etc., tem permitido o diagnóstico de doenças que no passado eram completamente desconhecidas, além da descoberta de novas drogas e antibióticos para tratamentos; no entanto, esses avanços trazem consigo questões complexas relativas à medicalização. Segundo Jones (2001, p. 174), há uma expansão da capacidade preditiva/diagnóstica da medicina nos dias atuais, fazendo com que um grande número de pessoas assintomáticas entrem na “categoria de doentes” (grifo nosso) ou ainda, em “estar doente” sem perspectiva de cura. Esse processo tem a capacidade de expandir e aprofundar o papel da medicina no controle técnico e político dos indivíduos.

Essas questões perpassam a comunicação que envolve o encontro do médico com o seu paciente. Como Schraiber (2008) menciona, com a *medicina tecnológica* ocorreram profundas transformações no interior das relações, nos significados de comunicar-se e interagir. A relação que se estabelece entre o médico e o paciente é intermediada não só por equipamentos, mas por códigos e linguagens médicas não

compartilhados, diminuindo “a necessidade do diálogo” (grifo nosso) (Schraiber, 2008, p. 229).

A análise habermasiana dos “problemas” na comunicação, especialmente em relação à ação comunicativa que é voltada para o entendimento e a ação estratégica voltada para o sucesso, permite discutir a interação médico-paciente, relacionando com as questões que envolvem as mudanças tecnológicas na medicina já discutidas. Uma importante contribuição de Habermas é a diferenciação entre ação estratégica aberta e velada (escondida/*concealed*). Segundo Scambler e Britten (2001, p. 54), os médicos tendem a agir de forma estratégica aberta, procurando atingir as metas propostas no plano terapêutico. É o que Ayres (2001; 2007; 2008) denomina de *êxito técnico*. O conhecimento leigo, nessa perspectiva, é pouco valorizado. No entanto, os encontros entre o médico e o paciente muitas vezes envolvem ações estratégicas veladas que envolvem a manipulação por um lado, quando o médico utiliza seu conhecimento, ou o jargão médico, para vencer a resistência do paciente, provocando, por assim dizer, um “engano consciente” (*conscious deception*); mas por outro lado, envolvendo um “engano inconsciente” (*unconscious deception*), quando nem o médico e nem o paciente se dão conta de que agem de forma estratégica, em vez de atuarem de forma comunicativa. Esta é a perspectiva que Scambler e Britten (2001) conceituam como situações em que “a comunicação é sistematicamente distorcida” (grifo nosso), ou quando os pacientes atuam (embora mais raramente) numa orientação voltada para o sucesso, e não entendimento, mas ainda acreditando agir de forma sincera e por “boa fé” (grifo nosso). As situações multiplicam-se, e no contexto do domicílio, quando o médico visita o paciente e sua família, emergem questões relativas não somente ao cuidado em si, mas que

envolvem os problemas da vida cotidiana, o conhecimento do paciente, da família e do profissional, a experiência adquirida e compartilhada no espaço da visita, entre outras. Isso permite, a nosso ver, um campo fértil para refletir e investigar a interação médico-paciente, as perspectivas e desdobramentos que levem à construção “de outras formas interativas” (Schraiber, 2008).

Além da análise da interação comunicativa, é necessário olhar a própria prática diária do médico de família. O processo de trabalho desenvolvido na prática diária que tem na clínica o seu “modo de fazer”, procuraremos discutir, fundamentando-nos nos trabalhos desenvolvidos por Mendes Gonçalves (1994) e Schraiber (1993; 1997; 2008).

5 A CLÍNICA E A INTERAÇÃO NO CONTEXTO DA VISITA MÉDICA DOMICILIAR

A abordagem das questões relacionadas à prática médica que pretendemos desenvolver baseia-se nos aportes teóricos trazidos pelos trabalhos de Mendes Gonçalves (1994) e Schraiber (1993; 1997; 2008). Em razão da complexidade do tema, procuramos deter nosso olhar para a atividade prática realizada pelo médico de família, especialmente no âmbito do domicílio, que se constitui o palco da nossa pesquisa. A visita domiciliar torna-se, assim, um momento que possibilita a reflexão sobre a interação que ocorre entre o médico e o paciente, permitindo a apreciação de um encontro que envolve o cuidado em saúde e que é a base para a Atenção Primária.

Não é nosso intuito discorrer sobre o denso campo teórico que trata do processo de trabalho em medicina e das transformações tecnológicas na área, pois os trabalhos de Mendes Gonçalves (1994), Dalmaso (2000) e Schraiber (2008) trazem aportes fundamentais para apreensão do tema. Pretendemos valer-nos das reflexões que emergem desse arcabouço teórico para discutir a prática do médico de família que atua na Estratégia Saúde da Família, em Florianópolis.

Mendes Gonçalves (1994, p. 32), ao estudar as características tecnológicas de processo de trabalho nos centros de saúde de São Paulo, desenvolveu um conceito de tecnologia como “conjunto de saberes e instrumentos que expressa, nos processos de produção de serviços, a rede de relações sociais em que seus agentes articulam sua prática em uma totalidade social”. O autor empreendeu o trabalho desafiador de investigar as características do *saber operante* na produção de serviços de saúde da

rede estadual de São Paulo, mediante três determinações. Segundo o autor, em primeiro lugar, as características tecnológicas dos saberes disponíveis para operar na produção desses serviços, de um lado a epidemiologia (dimensão coletiva do conhecimento da saúde e da doença) e de outro, a clínica (dimensão individual do conhecimento da saúde e da doença); em segundo lugar, as características históricas das práticas configuradas nos serviços; em terceiro lugar, as características históricas dessas práticas com referência ao conjunto da estrutura de produção de serviços de saúde na sociedade paulista (Mendes Gonçalves, 1994, p. 36).

Mendes Gonçalves (1994) formulou quadro teórico do processo de trabalho em medicina, integrado na “escola” fundada por Cecília Donnangelo (Mendes Gonçalves, 2002, p. 18 grifo do autor; Schraiber, 2008, p. 35), desenvolvendo quatro conceitos específicos: historicidade, socialidade, estrutura e totalidade.

A *historicidade* é compreendida como conceito construído de forma progressiva pela aplicação aos objetos do conhecimento e de caráter negativo, isto é, pela rejeição da concepção “naturalista” da natureza, de saúde e de doença, além da crítica à concepção fetichista de tecnologia (Mendes Gonçalves, 2002, p. 16). O autor explica essa concepção fetichizada da tecnologia pela redução de seu significado ao conjunto de meios técnicos da produção, tomando-se, assim, a aparência fenomênica imediata dos processos produtivos por seu núcleo essencial; por isso, trabalha a questão da tecnologia integrando-a na dimensão técnica e ideológica (Mendes Gonçalves, 1994, p. 18-20). A *socialidade* é considerada nas formas particulares de estabelecimento e reprodução de relações sociais entre indivíduos, nas práticas que constituem o campo da saúde coletiva (Mendes Gonçalves, 2002, p. 16). A *estrutura*, considerada como produto intelectual que

busca apreender os sentidos e regularidades impressos pelos sujeitos históricos aos processos de reprodução e reprodução das práticas sociais. A *totalidade*, manifestada na ênfase dada à aproximação simultânea entre o “interno” das estruturas englobadas que estão sob exame e o “externo” das estruturas englobantes que orientam esse exame, na perspectiva de superar a oposição entre “parte” e “todo”, entre o “individual” e o “coletivo” (Mendes Gonçalves, 2002, p. 18-9, grifos do autor).

A relevância crítica desses conceitos permite olhar para a prática médica de forma não idealizada, questionando a realização do trabalho médico apenas por vocação pessoal, altruísta, dependendo do esforço e conhecimento do médico, sendo independente da questão social, econômica e política (Schraiber, 2008).

Schraiber (2008 p. 31) menciona que, diverso do que ocorreu com outros trabalhos técnicos e manuais, a configuração moderna da prática médica não se submeteu de imediato ao controle de produção, persistindo por longo tempo como ação dotada de muita liberdade em função de sua prática de base individual (a clínica) e dependente de cada médico (seu agente). A autonomia para organizar a produção do seu ato de trabalho, fosse ele a consulta médica, como aquela realizada em consultório particular, em hospitais, em empresas médicas, colocou o médico como negociador direto de preços e captador de clientela, fazendo do seu trabalho, embora ação manual, mas dotado de um “saber esotérico”⁸ e de uma tecnologia e valorização social associados, uma prática desvinculada da categoria de trabalho propriamente dito. Esta foi a tônica, especificamente da *medicina liberal* que, progressivamente, com o assalariamento e a inserção do trabalho médico em

⁸ Segundo Schraiber (2008, p. 32), saber reconhecido como de difícil acesso e restrito a um grupo de profissionais, como os médicos.

empresas privadas e instituições públicas, deu origem ao que Schraiber (2008) define como *medicina tecnológica*.

É preciso enfatizar aqui o caráter social da prática médica, como Schraiber (1993; 1997; 2008) menciona “a estruturação da prática médica depende da estrutura social porque é parte dela”. Para Canguilhem (2006, p. 155), a medicina e a saúde estão imbricadas nos “modos de ser da vida” e “a vida é polaridade dinâmica”, portanto essa concepção ultrapassa o corpo biológico como objeto único da prática médica. Como Ayres (1994, p. 92) discute, a concepção do corpo como primazia e objeto do trabalho médico consolidou-se no projeto tecno-conservador que, em determinado momento histórico, representou “a consolidação simbólica e institucional de uma racionalidade aparentemente neutra, baseada numa subjetividade indeterminada (mas não existente, obviamente), resultante do apoio lógico tácito em uma metafísica dos objetos”. O autor prossegue, mencionando que no campo específico da saúde “os discursos socialmente hegemônicos acerca da saúde e da doença passam a traduzir os carecimentos humanos associados a esses conceitos em termos estritamente biológicos”.

Na perspectiva de Canguilhem (2006, p. 57) “o estado de saúde para o indivíduo é a inconsciência de seu próprio corpo”. À medida que temos consciência dos limites, das ameaças e dos obstáculos à saúde, tomamos consciência do nosso corpo. O *anormal* só existe na relação com o *normal*, assim uma norma só tem sentido por existir fora dela algo que não corresponde à exigência a que ela obedece (Ayres, 1994; Canguilhem, 2006). Mendes Gonçalves (1994) discute essa relação dialética entre saúde e doença, entre o normal e patológico, fundamentando sua crítica nas abordagens de Donnangelo e Canguilhem ao apontar, apropriadamente,

para o fato de que o médico busca obter resultados específicos, alterando “um estado de coisas estabelecido como carecimento” para o corpo, mas que extrapola o limite desse próprio corpo. Isso significa agregar “causas externas” que possam determinar ou influenciar os problemas de saúde do indivíduo. Para Mendes Gonçalves (1994, p. 57-60), essa *normatividade externa (extrabiológica)* já está contida no objeto de trabalho do médico. Por isso, essa normatividade caracteriza-se pela noção de *historicidade*, pela variação. O autor frisa que não se trata de um nível geral de *historicidade*, mas de pensá-la em relação a diferentes níveis de estrutura social, quando o sentido da variação deixa de ser mudança aleatória para ser compreendida como necessária. Os padrões de normatividade inseridos nessa perspectiva, pensados em sociedades concretas, vão implicar concepções de saúde e doença que envolvem características econômicas, culturais e político-ideológicas. Segundo Mendes Gonçalves (1994, p. 62), ao adotar uma concepção de prática biologicista, a medicina isolou e abstraiu as determinações extrabiológicas, operando sua transformação “em prática capaz de, através de seu saber, definir o que é e o que não é legítimo, enquanto normal e patológico”. O autor ainda deixa claro que essa crítica não pretende desmerecer a importância do avanço que a medicina empreendeu no campo da biologia, com benefícios incontestes para a vida do indivíduo. No entanto, como se pode depreender, os médicos e a normatividade biológica tiveram um papel crucial na correlação normativa que envolve a ordem social do capitalismo (Ayres, 1994). Segundo Ayres (1994, p. 98) “a força da racionalidade médica consiste no seu talento em levar essa específica “decisão normativa” a polarizar-se como socialmente necessária”.

Mendes Gonçalves (1994) aborda a “racionalidade médica” ao discutir o saber médico como tecnologia. O autor traz reflexões fundamentais quando discute o saber médico que perpassa todas as instâncias do processo de trabalho, não apenas dos médicos (sanitaristas, clínicos, pediatras e pré-natalistas), mas inclui toda a equipe, como enfermeiros e funcionários da enfermagem. O autor frisa a significância social do saber médico tanto *no plano do conhecimento* como *no plano da prática* (grifos do autor).

A forma de apreensão (o saber, no trabalho) do objeto que a medicina elaborou corresponde, portanto, não apenas à captação das características biológicas do corpo, mas à sua captação exclusiva, o que equivale a uma captação por desqualificação das demais características do mesmo corpo. (Mendes Gonçalves, 1994, p. 65).

Essa apreensão não se trata apenas de um processo intelectual ou mesmo científico, ela acontece no cotidiano das práticas de saúde. O saber médico “se desdobra em técnicas materiais e não materiais” e, nessa perspectiva, “devem ser compreendidos os instrumentos de trabalho, como um momento da operação do saber, só em seu contexto compreensíveis e operantes”. Portanto, só é possível compreender a dimensão tecnológica do saber, no processo de trabalho médico, quando se assume o caráter da *historicidade* da prática médica (Mendes Gonçalves, 1994).

Como já mencionamos, essa *racionalidade* perpassa o modo de vida à medida que se reveste de necessidade social, conformando-se em forma ideológica dominante nas sociedades capitalistas, ao redefinir as potencialidades e identificar a “prática médica a uma prática em si mesma científica”, incorporada a uma totalidade social (Mendes Gonçalves, 1994, p. 64-5).

O autor discute o saber operatório e a relação da clínica e epidemiologia na prática médica. Faz uma crítica contundente da concepção de saúde de cunho biologicista que assume a clínica, instrumentalizando tecnicamente o processo de trabalho médico, bem como socialmente, desde que, ao “negar a socialidade dos objetos que conceitualiza e manipula revela-se assim uma forma de afirmar aquela mesma sociedade” (Mendes Gonçalves, 1994, p. 86). Assim, abre uma reflexão sobre o caráter dialético em que clínica e epidemiologia, numa perspectiva histórica, apresentam uma relação de complementaridade, embora, segundo o autor, seja “ainda a clínica quem dá os parâmetros básicos para a estruturação do conjunto” (Mendes Gonçalves, 1994, p. 87). Ressalta Ayres (1994, p. 127) que na atualidade a investigação epidemiológica é vista como subsidiária da clínica, numa interpretação equivocada de dependência lógica ou descendência histórica. Muito pelo contrário, segundo o autor, a normatividade clínica é mais tributária da normatividade sanitária. Isto é, “o saber que se constrói mais radicalmente sobre o corpo individual só foi possível a partir de uma disposição dos elementos da experiência médica sobre o plano coletivo” (Mendes Gonçalves, 1994, p. 83). No entanto, na prática ocorrem como polos contrários, de acordo com a direção que tiver de ser assumida em função das articulações sociais concretas (Mendes Gonçalves, 1994, p. 86). Para Mendes Gonçalves (1994, p. 87), essa tendência, a oposição clínica/epidemiologia, não pode ser vista como contradição insolúvel, mas “como complementaridade dinâmica do movimento”.

Assim, ao pensar o processo de trabalho e a prática médica imersos no contexto social, Mendes Gonçalves (1994) discute a noção de *integração sanitária*. A partir do princípio de que as ações epidemiológicas e as clínicas não podem ser reduzidas a

simples atos técnicos, e que os procedimentos clínicos desenvolvidos com base em critérios epidemiológicos acabam, por vezes, sendo limitados pelas condições sociais, essa *integração sanitária* nas práticas de saúde acontece de forma também limitada. Apesar disso, o autor questiona que, embora muitas vezes, constitua-se em impossibilidade relativa, a integração sanitária das práticas, envolvendo ações da clínica e epidemiologia, não seria, necessariamente, uma impossibilidade técnica (Mendes Gonçalves, 1994, p. 94-95). A *integração sanitária* só poderia dar-se no plano concreto da vida, contexto onde as práticas de saúde que envolvem a Atenção Primária e a Medicina de Família acontecem.

O conceito de clínica adotado nessa pesquisa, esclarecemos, não se refere à “normatividade clínica”, ao saber clínico por si, mas à prática clínica que engloba as ações e situações vivenciadas no dia a dia das equipes de saúde da família. Por conseguinte, essas ações e situações envolvem tanto clínica quanto epidemiologia, ocorrendo num contexto social, cultural e político próprio. Entre os autores que discutem a prática médica (e clínica) e o caráter social e histórico implicados nela, estão Canguilhem (2006) e Foucault (2006), que desenvolveram os estudos precursores nessa área.

Interessa-nos discutir a clínica como definido por Schraiber (2008, p. 212), como uma *prática* entendida como ato, *no sentido de ação que realiza o saber*, especificamente no nosso estudo, o saber médico, e como ele se processa na relação com o paciente e sua família, no contexto da visita domiciliar. Interessa-nos discutir essa clínica como o *saber operante* na prática do médico de família, na atenção primária, e que tem no *cuidado* a forma característica e processual de operar, inserida na conformação atual da Estratégia Saúde da Família.

Apresentadas essas questões, vamos focalizar a prática clínica no cotidiano do médico de família e a noção de *cuidado*, que, assim como a clínica, permite muitos olhares, e que surgiu em cena no Brasil, mais atualmente, com o movimento pela humanização das práticas de saúde (Schraiber e Mendes Gonçalves, 2000; Ayres; 2004; Fortes; 2004; Reis, 2004).

Mendes Gonçalves (1994), ao estudar a prática clínica de profissionais, nos centros de saúde de São Paulo, realizou um esquadramento das atividades e procedimentos realizados por profissionais médicos, de enfermagem e administrativos, focalizando especialmente o atendimento clínico individual. A consulta realizada pelos médicos durou em média dez minutos; o autor menciona que um dos profissionais foi excluído do estudo, pois atendera a vinte pacientes, incluindo adultos e crianças, em 37 minutos, isto é, sua consulta apresentou média de duração menor que dois minutos (Mendes Gonçalves, 1994, p. 235). Nos atendimentos realizados, incluindo os profissionais médicos e de enfermagem, as consultas giravam em torno da “queixa imediata”, sendo o paciente rapidamente dispensado, limitando-se o atendimento aos problemas mais urgentes e de ordem estritamente biológica. Esse tipo de “clínica”, realizado para dar conta de determinada produtividade, seja no setor público quanto em organizações empresariais, enfraquece a relação médico-paciente (que na realidade nem se estabelece), levando a uma rotinização e mecanização do trabalho e “dissolve” o paciente individual em um coletivo de “iguais” (Schraiber e Mendes Gonçalves, 2000, p. 38-9; grifos dos autores). É o modelo de clínica “degradada”, tipo pronto atendimento (PA), mencionado por Cunha (2005, p. 18), associado à medicalização, alto custo, baixa autonomia dos usuários, ineficácia para doenças crônicas, pouco ou

nenhum trabalho de equipe e incapacidade para atuação em determinantes de saúde coletivos.

Schraiber e Mendes Gonçalves (2000, p. 38-9) apontam a importância dessa “despersonalização” da assistência não apenas em relação à condição humana da relação clínica, mas também pela qualidade técnica do ato clínico. Segundo os autores, a organização contemporânea da assistência à saúde impede que relações interpessoais se mantenham permanentes, quer pela composição de ações especializadas ou pelos rodízios das equipes de trabalho, favorecendo a impessoalidade na produção dos cuidados e a mecanização das ações. Assim, há necessidade de refletir e buscar *aberturas tecnológicas*, especialmente na complexidade do trabalho realizado na Atenção Primária “sujeita ao difícil jogo de interesses divergentes e dos conflitos de projetos sociais diversos” (Schraiber; Mendes Gonçalves, 2000, p. 46).

A prática em medicina de família nessa pesquisa caminha nesta direção, isto é, como oportunidade para o desenvolvimento de um trabalho voltado para o cotidiano social das pessoas, em que a busca do diálogo favoreça a interação e o cuidado, numa relação de “permanência”, consoante com *os princípios* já abordados que envolvem a Atenção Primária.

Dessa forma, embora não seja exclusivo da medicina de família, McWhinney (1997) aponta a disposição de um *sistema de valores e uma abordagem para problemas* que representam e dão uma conformidade diferenciada para a medicina de família em relação às outras especialidades.

Segundo McWhinney (1997, p. 13-5):

1. Médicos de família são comprometidos com a pessoa mais do que com um corpo específico de conhecimentos, grupo de doenças ou técnicas específicas. Isso ocorre de duas maneiras. Em primeiro lugar, não limitando o tipo de problema de saúde que atende, sendo disponível para atender pessoas de qualquer idade ou sexo e com o tipo de problema de saúde que apresentarem. “O paciente define o problema”. Cabe ao médico de família encaminhar o paciente para o especialista quando se faz necessário, mas cabe ainda a ele a responsabilidade pela coordenação desse cuidado. Em segundo lugar, o compromisso não tem um ponto final definido, isto é, não termina com a cura de uma doença, o fim de um tratamento, ou uma doença incurável. O compromisso é feito com a pessoa saudável, antes que qualquer problema de saúde surja. Isso significa que a medicina de família significa estabelecer relações.
2. Médicos de família procuram compreender o contexto em que a doença acontece, embora essa característica não seja exclusiva da especialidade. Muitas doenças não podem ser compreendidas (e quais poderiam) a menos que se conheça o contexto pessoal, familiar e social da pessoa. Quando admitida no hospital, muitas vezes esse contexto fica perdido ou obscurecido.
3. Médicos de família veem cada contato com seus pacientes como uma oportunidade para realizar prevenção e educação em saúde. Em geral, os médicos encontram os pacientes em torno de quatro vezes ao ano, o que representa uma oportunidade para agir na prevenção de agravos.

4. Médicos de família têm uma visão da prática relativamente ao aspecto populacional (“população de risco”). Os clínicos, em geral, veem seus pacientes individualmente, muito mais do que em grupos populacionais. Os médicos de família precisam ter uma prática que abarque as duas abordagens, indo, dessa forma, ao encontro da integração sanitária expressa por Mendes Gonçalves (1994).
5. Médicos de família fazem parte de uma rede comunitária de apoio e de agências (instituições) de assistência à saúde. Nesse caso, embora uma rede pressuponha serviços de saúde que necessitem de coordenação, infelizmente o médico de família vê-se isolado muitas vezes, o que dificulta (e às vezes impossibilita) fornecer os recursos necessários para benefício do paciente.
6. Médicos de família podem morar no mesmo bairro onde vivem as pessoas e famílias a que atende. Esse fato é menos comum atualmente, com exceção de áreas rurais. No entanto, é uma necessidade que seja uma *presença visível* no bairro.
7. Médicos de família veem seus pacientes nas suas casas. Até hoje o atendimento domiciliar é uma das experiências mais profundas da prática em medicina de família. Era no domicílio que grandes eventos da vida aconteciam: nascimento, morte, piora e recuperação de doenças graves. Estar presente com a família nesses eventos deu ao médico de família muito mais que apenas conhecimento sobre os pacientes e suas famílias, o de poder conviver com eles.

8. Médicos de família percebem a importância dos aspectos subjetivos da prática médica, exigindo que, ao desenvolver essa prática relacional, possam estar atentos às emoções que surgem, incluindo as suas.
9. Médicos de família são gerentes de recursos, isto é, como generalista e primeiro contato dos pacientes, devem gerenciar os recursos disponíveis para benefício dos pacientes e comunidade. Esse fato exige que o médico tenha, às vezes, que ponderar em relação aos interesses individuais do paciente e àqueles da comunidade, envolvendo questões éticas no cotidiano da prática.

Não pretendemos “essencializar” esses princípios e sabemos, pela abordagem das questões políticas e sociais que envolvem a Atenção Primária no Brasil, que a estruturação da medicina de família envolve muito mais que a simples boa vontade dos profissionais que atuam nela. A formação de recursos humanos é um entrave, uma vez que, apesar das reformas curriculares na área da medicina, os alunos em geral têm formação excessivamente intra-hospitalar, o que não possibilita o aprendizado de um raciocínio clínico e a realização de projetos terapêuticos de médio e de longo prazo, acabando por desenvolverem uma prática imediatista, fragmentadora e medicalizadora (Cunha, 2005).

A prática da medicina de família, que se apoia na clínica, considerando as questões políticas, econômicas e sociais mais abrangentes, incorpora a noção da continuidade do cuidado e da permanência das relações. O cuidado e o vínculo incorporados na prática clínica do médico que atua na Atenção Primária fornecem o “modelo tecnológico”, que, a nosso ver, permite superar a prática impessoal e

burocratizada evidenciada no estudo de Mendes Gonçalves (1994), apontando para a possibilidade de uma abordagem ampliada, na direção da *integração sanitária*.

É fundamental aqui que esclareçamos a noção de cuidado que adotamos e que está incorporada na corrente da humanização da atenção à saúde. Não abordaremos aqui mais especificamente a humanização, cujos conceitos e discussão podem ser encontrados de forma elucidativa em vários autores, entre os quais Caprara (1999), Pinheiro e Mattos (2001), Deslandes (2004); Costa (2004); Ayres (2004); Fortes (2004). No entanto, para melhor situar a questão, segundo Deslandes (2004), humanização seria

a base de um amplo conjunto de iniciativas, mas que não possui uma definição clara, geralmente designando a forma de assistência que valoriza a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associada ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e cultura, além do reconhecimento do profissional. Tal conceito pretende-se norteador de uma nova práxis na produção do cuidado em saúde.

A autora ainda frisa a primazia da comunicação como fator fundamental para a humanização das práticas de saúde.

Ayres (2004, p. 22-3) defende a humanização no sentido da transformação das ações assistenciais, na direção apontada por Deslandes. Nessa perspectiva, a reconstrução da relação terapêutica seria uma necessidade, privilegiando a *dimensão dialógica* do encontro entre o profissional de saúde e o paciente, num “autêntico interesse em ouvir o outro”. O autor utiliza o termo “Cuidado”, como substantivo próprio, para diferenciar a prática assistencial imbuída dessa conformação humanizada, daquele “cuidado” como substantivo comum, que se refere às atividades e procedimentos cotidianos. Assim, como para Ayres (2004, p. 22)

poderíamos compreender “Cuidado como designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde”.

O Cuidado não se baseia na normatividade estanque, nem no padrão morfofuncional e seus riscos como menciona Ayres (2004). Ele ancora-se em uma sabedoria prática, em que soluções habitualmente não baseadas nos padrões médicos se apresentam como possibilidades terapêuticas, em que se busca o entendimento mútuo, uma comunicação sem coerção. Como Schraiber (2008, p. 213) menciona

o abandono da idéia de arte (perdido com a *medicina* liberal) não suprime a dimensão mais subjetiva da prática a que corresponde essa analogia e em que se inscreve a autonomia decisória do médico, como parte de seu desempenho profissional” (parênteses da pesquisadora).

Ayres trabalha com a ideia da busca de projetos de felicidade daqueles de quem se cuida, favorecendo e potencializando o encontro terapêutico como processo de (re)construção identitária, envolvendo profissionais e usuários. É preciso integrar a noção de Cuidado no plano coletivo, pois, como frisa Ayres (2004, p. 27), o adoecimento é histórico e socialmente configurado. Assim, também o conhecimento e a tecnologia desenvolvida para controle desse adoecimento são fruto do modo socialmente organizado de homens e mulheres se relacionarem entre si e com o seu meio social. A ideia de projeto de felicidade coaduna-se com a contingência da vida cotidiana, pois a experiência da felicidade evidencia outras possibilidades de existência e, portanto, novas exigências para a sua permanência (Ayres, 2008, p. 165).

A ideia de Cuidado, na abordagem empreendida, aplica-se à Atenção Primária e à prática do médico de família, pois as características que detalhamos se articulam

aos princípios que orientam a ambas, como a longitudinalidade, a inserção comunitária com adscrição da clientela e a proximidade com o paciente e família. Favorecem ao estabelecimento de relações que vão além do tratamento medicamentoso e, portanto, do êxito técnico, embora não se prescindia dele. O diagnóstico, considerado de grande valorização na prática hospitalar ou especializada, não é fundamental na Atenção Primária. Em razão da complexidade dos problemas a que atende, o médico lida com doenças nas suas fases iniciais, ou mesmo situações clínicas que se resolverão sem diagnóstico. Na Atenção Primária, segundo Cunha (2005, p. 29), “o sujeito tem espaço para exercer sua autonomia, a vida tem espaço para exercer influência”. No hospital, o medo da morte está mais presente, enquanto na Atenção Primária nos defrontamos com a vontade de viver. Segundo Cunha (2005, p. 31), a tolerância dos usuários com os efeitos colaterais, custos e limitações impostas pelo tratamento é muito menor na Atenção Primária. Assim, aumenta a complexidade do projeto terapêutico, e as negociações da própria conduta medicamentosa, muitas vezes, precisam ser realizadas.

A comunicação percebida como entendimento mútuo, num contexto de interação, traz para a prática clínica desenvolvida na Atenção Primária a possibilidade da negociação da conduta terapêutica. Por esse caminho é possível buscar o sucesso prático sem descuidar do êxito técnico. Este é um padrão diverso daquele normativo instituído pelo saber técnico, exclusivamente, uma clínica que possa incluir “possibilidades de prevenção e assistência, incluindo soluções heterodoxas para o manejo de situações já conhecidas” (Ayres, 2008, p. 76). O “caso” significa mais do que a condição clínica de um paciente. Ele (o paciente)

torna-se “caso” em outro sentido, com base na compreensão de que o adoecimento tem características singulares em uma biografia e história conhecidas.

Ayres (2008, p. 74-5) afirma que “não é possível encararmos qualquer relação terapêutica como algo que está começando exatamente ali no momento do primeiro encontro” (entre profissional e usuário). O profissional que surge nesse encontro e, poderíamos dizer também, o usuário, já carregam consigo o modo próprio de como veem o mundo e uma determinada alteridade. Dessa forma, “quando se estabelece uma interação na atenção à saúde não se a inicia; rigorosamente, se a ‘retoma’.” O autor frisa que, ao buscar fazer dessa interação um diálogo, abre-se espaço para uma discursividade mais livre, quando a fala dos pacientes não se configura apenas como complementação do discurso do profissional, permitindo “novas possibilidades técnicas e novos sucessos práticos”.

Quando ocorre o vínculo entre o médico, o usuário e a família, pode estabelecer-se o cuidado como uma relação, compartilhando responsabilidades, percebendo qual “projeto de felicidade” interessa àquela pessoa. Ayres (2008, p. 165) refere-se à felicidade não como uma condição material ou espiritual definida *a priori*. Mas sim como uma ideia reguladora, de natureza contrafática (Ayres, 2007; 2008). Isto é, a experiência da felicidade é uma ideia concreta e que “convive todo o tempo com infelicidades: interesses negados, frustrações, obstáculos, limites, dores, angústias. É na negação desses obstáculos que a felicidade vai marcando caminhos para a ação” (Ayres, 2008, p. 165).

A conduta medicamentosa é um capítulo à parte, integrando a relação do médico com o paciente. O acompanhamento clínico do paciente com determinado tratamento é um processo complexo, especialmente se levarmos em consideração que

muitos pacientes têm doenças crônicas, significando, muitas vezes, a utilização de medicação de uso contínuo, por toda sua vida. Não adotamos aqui o termo “adesão medicamentosa”, pois, tecnicamente, adesão dos pacientes é definida como o grau de seguimento das recomendações médicas (Béria, 2006, p. 145). O termo “acompanhamento clínico” exprime melhor uma assistência para determinado problema de saúde onde não é apenas o médico quem tem a última palavra e ao paciente, cabe apenas aderir as suas recomendações. Em relação à adesão, propriamente dita, as revisões de literatura indicam uma adesão a tratamentos de curta duração em torno de 75% nos primeiros dias, e menos de 25% dos pacientes ambulatoriais completarão dez dias de antibiótico para uma amigdalite bacteriana ou uma otite média. As doenças crônicas como tuberculose tem uma taxa de adesão em torno de 50% (Béria, 2006). O autor ainda frisa que, em relação às recomendações não medicamentosas, aquelas que incluem o estilo de vida, como a dieta, são seguidas por cerca de 30% dos pacientes, e menos de 10% dos fumantes, sem maiores complicações de saúde, param de fumar por recomendação de seus médicos.

Dessa forma, o médico de família precisa dialogar e negociar com o paciente e família, sendo a comunicação elo fundamental, como já mencionado, que é a base para uma atenção mais humanizada.

O Cuidado e a comunicação são os pilares para o estabelecimento de uma relação terapêutica, que inclui tanto o tratamento medicamentoso em si, quanto as medidas para promoção da saúde e prevenção dos agravos. A comunicação, poderíamos novamente mencionar, não no sentido de transmitir conhecimento para alguém que não sabe, o que caracterizaria um “trabalho educativo”. Quem educa quem? Mas no sentido expresso pelo olhar de Foucault (2006, p. 165-6) como

uma certa ação, com efeito, que será operada sobre o indivíduo, indivíduo ao qual se estenderá a mão e que se fará sair do estado, do *status*, do modo de vida, do modo de ser no qual está [...]. É uma espécie de operação que incide sobre o modo de ser do próprio sujeito, não simplesmente a transmissão de um saber que pudesse ocupar o lugar ou ser o substituto da ignorância.

Embora falando aqui das concepções filosóficas dos antigos gregos, para os quais o filósofo era o “operador” que poderia fazer com que o indivíduo pudesse exercer soberania sobre si e encontrar a plenitude de sua felicidade, perguntaríamos, como o próprio Foucault (2006, p. 166), o que nos ajudaria a refletir sobre esse encontro do médico com o paciente.

Qual é, pois, a ação do outro que é necessária à constituição do sujeito por ele mesmo? De que modo vem ela inscrever-se como elemento indispensável no cuidado de si? O que é, por assim dizer, esta mão estendida, esta “educação” que não é uma educação, mas outra coisa ou uma coisa mais que educação?

São perguntas às quais não precisamos responder, mas cujas respostas podemos buscar, não com certezas, mas, provavelmente, com tantas outras interrogações. No entanto, a prática do médico de família, em especial a visita domiciliar, ao aliar a clínica, envolvendo o Cuidado como modelo de atenção, pode resgatar de certa forma a humanidade da relação médico-paciente. A proximidade e o estender a mão, no sentido de compartilhar, negociar e dialogar resgata também o sentido de alteridade perdido no bojo da medicina tecnológica dos dias atuais. O Cuidado integra não apenas a clínica, mas também uma relação em que a responsabilidade e a afetividade estão juntas, tornando a relação médico-paciente menos assimétrica.

Por fim, o diálogo no encontro do médico e do paciente é considerado não apenas como uma conversa pouco prática, para encher o tempo da consulta, ou convencê-lo do tratamento, mas “como arte de ir colocando à prova” (Gadamer, 2007; I, p. 479). O diálogo transforma a ambos, médico e paciente (Gadamer, 2007, II, p. 221). No diálogo, o jogo de perguntas e respostas, é o entrar no diálogo. “Ele não é uma simples introdução e preparação para o tratamento, pois ele já é o tratamento e continua sendo muito importante no tratamento que se segue, o qual deve conduzir à cura” (Gadamer, 2006, p. 133).

6 METODOLOGIA

A natureza do objeto de estudo e as questões motivadoras é que determinam o método a ser utilizado (Nogueira-Martins; Bógus, 2004). Pela natureza das questões abordadas, a pesquisa aqui desenvolvida insere-se na abordagem qualitativa.

Denzin e Lincoln (2007) referem que a pesquisa qualitativa é uma atividade situada que localiza o observador no mundo. Mediante um conjunto de práticas materiais e interpretativas que dão visibilidade ao mundo, a pesquisa qualitativa envolve uma abordagem naturalista, interpretativa, e seus pesquisadores procuram entender, ou interpretar, os fenômenos quanto aos significados que as pessoas a eles conferem. O pesquisador qualitativo é um *bricoleur* ou um artesão que cola muitos retalhos (Denzin; Lincoln, 2007), utilizando variadas técnicas, métodos e estratégias que estejam ao seu alcance. Ele não somente pode como deve improvisar as soluções que funcionam onde ele está e resolve os problemas que ele quer resolver (Becker, 1993). Isso não significa, entretanto, que se possa prescindir de rigor metodológico, muito pelo contrário.

Segundo Becker (1993), não se pode ter uma ciência quando se permite que proposições sejam feitas sem outra garantia que não a de que “parece ser assim para mim”, nem assumindo uma preocupação com uma concepção *a priori* da pesquisa, com técnicas que minimizem a chance de obter conclusões não confiáveis devido à variabilidade incontrolada de procedimentos. Segundo Minayo (2003) citando Sperber, a perspectiva qualitativa defende a ideia de que seu objeto é sempre uma representação conceitual. Assim, não se destinaria à interpretação de fatos, mas “à interpretação das interpretações dos atores sobre os fatos” (grifo nosso), às práticas e

às concepções. O que Minayo ressalta é que a produção dos estudos qualitativos são interpretações que não se constituem em “verdades”, mas como uma versão científica da realidade. Até porque a realidade objetiva nunca pode ser captada totalmente (Denzin; Lincoln, 2007).

O critério de cientificidade, nessa abordagem, passa a ser a intersubjetividade, pois o conhecimento é construído pelo sujeito e pelo objeto numa relação dialética. No entanto, a originalidade de cada acontecimento não impede o estabelecimento de constantes gerais; o individual não exclui o geral, nem a possibilidade de introduzir a abstração e categorias de análise (Nogueira-Martins; Bógus, 2004, p. 48-9). Não é nosso objetivo debater as características da pesquisa qualitativa, nem as tensões existentes em relação à pesquisa quantitativa, uma vez que isso está amplamente exposto na literatura (Becker, 1993; Minayo, 1994, 2003, 2005; Denzin; Lincoln, 2007).

No entanto, enfatizamos que a abordagem qualitativa pode tratar de estudos de significados, significações, ressignificações, representações psíquicas, representações sociais, simbolizações, simbolismos, percepções, pontos de vista, perspectivas, vivências, experiências de vida, analogias. Aborda entre outros temas: mecanismos de adaptação; adesão e não adesão a tratamentos; estigma; cuidados; reações e papéis de cuidadores profissionais e familiares; fatores facilitadores e dificuldades frente à profissão/frente ao tratamento (Turato, 2003; apud Nogueira-Martins; Bógus, 2004).⁹ Aplica-se sobremaneira a uma parcela de estudos que se relacionam à área da saúde porque buscam a compreensão do fenômeno estudado.

⁹ Turato ER. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2003.

Na perspectiva da investigação qualitativa, nossa abordagem aproxima-se da corrente “fenomenológica e interpretativista, que se interessa, principalmente em compreender a constituição do mundo intersubjetivo (mundo da vida, ou *lebenswelt*), cotidiano” (Denzin; Lincoln, 2007). Como legado de Schutz, o *Verstehen* é, em primeiro termo, o nome de um processo complexo mediante o qual todos nós interpretamos em nossa vida diária o significado de nossas próprias ações e das ações das pessoas com quem nos relacionamos (Bernstein, 1982, p. 180). Segundo Bernstein, devemos fazer uma distinção cuidadosa entre a *Verstehen* como um processo de primeiro nível, mediante o qual interpretamos o mundo, e o *Verstehen* de segundo nível, mediante o qual trata o cientista social de entender o processo do primeiro nível (Bernstein, 1982, p. 182). Assim, o objetivo dos interpretativistas é reconstruir as autocompreensões dos atores engajados em determinadas ações (Denzin e Lincoln, 2007). Segundo Denzin e Lincoln (2007, p. 197), a noção de círculo hermenêutico é aqui, na abordagem fenomenológica, utilizada como método ou procedimento único para as ciências humanas. Isto é, para entender uma parte (uma frase, um enunciado ou um ato específico), o investigador deve entender o todo (o complexo de intenções, crenças e desejos ou o texto, o contexto institucional, a prática, a forma de vida, o jogo de linguagem, etc.) e vice-versa.

Esta é uma questão complexa, mas de fundamental presença em todo o contexto da pesquisa, especialmente ao pensar a proximidade da pesquisadora com o objeto a pesquisar. Podemos citar Geertz (apud Denzin; Lincoln, 2007, p. 196),¹⁰ que sustenta a noção de que a compreensão origina-se mais no ato de espiar por sobre os

¹⁰ Geertz C. From the native's point of view: On the nature of anthropological understanding. In: Rabinow P, Sullivan WM (Eds), *Interpretative social science: A reader*. 1979, p. 225-241.

ombros dos atores e tentar imaginar (tanto observando quanto conversando) do que os atores pensam que são capazes.

Schraiber (1995) expõe a questão da importância da escolha por parte do pesquisador, a partir do problema colocado e das hipóteses formuladas, dos métodos, técnicas e instrumentos dos quais poderá dispor para que possa obter as respostas que busca. Isso é fundamental porque a técnica não fala por si, ela é o meio pelo qual o pesquisador capta o real, interpreta e imerge no objeto estudado.

Nossa opção foi então pelo estudo de caso. Adaptado da tradição médica, o estudo de caso tornou-se uma das principais modalidades de análise das Ciências Sociais. O cientista social que realiza um estudo de caso de uma comunidade ou organização faz uso do método de observação participante em uma de suas muitas variações, muitas vezes em ligação com outros métodos mais estruturados, tais como entrevistas. A observação dá acesso a uma ampla gama de dados, inclusive aqueles cuja existência o investigador pode não ter previsto no momento em que começou a estudar (Becker, 1993).

O estudo de caso tem que ser preparado para lidar com uma grande variedade de problemas teóricos e descritivos. A meta abrangente do estudo de caso, contudo, mesmo que não seja alcançada, tem consequências importantes e úteis. Prepara o investigador para lidar com descobertas inesperadas e exige que ele reoriente seu estudo à luz de tais desenvolvimentos (Becker, 1993, p. 118-119).

Os instrumentos usados no estudo de caso são documentos escritos, o material primário recolhido no campo e a entrevista. Os teóricos aconselham a usar múltiplas fontes de informação, construir uma base de dados ao longo da investigação e ir formando uma cadeia de evidências relevantes. Nesse aspecto é fundamental a

elaboração de um diário de campo, no qual fiquem registradas as informações, observações relevantes, impressões, dados muitas vezes obtidos de forma inesperada durante a permanência no campo (Minayo, 2005). Dessa forma, operamos mediante a triangulação de métodos, mediante a combinação e o cruzamento dos dados obtidos nas entrevistas com usuários e profissionais, observação de campo e documentos pertinentes ao tema da pesquisa (Minayo, 2005).

Participaram da pesquisa, entre os profissionais entrevistados, seis médicas e um médico de família, e dez usuários com seus familiares que receberam visitas desses profissionais, que já atuavam naquele bairro há pelo menos três anos. Há necessidade de que o médico atue em determinado local, durante algum tempo, para que possa “conhecer” as pessoas e famílias a que atende, estabelecendo-se vínculo entre o profissional e o paciente. Optamos por escolher profissionais que já estivessem trabalhando no bairro no período de três anos, pelo menos, e usuários que tivessem recebido visitas médicas do profissional durante esse período.

Albuquerque e Bosi (2009), em estudo sobre visita domiciliar realizada por médicos e enfermeiros, em Fortaleza, Ceará, valeu-se do critério para entrevista de usuários que tivessem recebido pelo menos duas visitas pelo mesmo profissional da equipe, em razão das dificuldades pela rotatividade dos profissionais. Como em Florianópolis pretendemos investigar de forma específica a visita do médico, acreditamos que uma permanência maior no bairro favoreça uma maior aproximação do usuário e da família, possibilitando conhecimento recíproco e dando confiabilidade às informações obtidas.

Dessa forma, adotamos os seguintes critérios para escolha dos profissionais que seriam entrevistados, com adaptação baseada em Becker (1993), Triviños (1994) e Minayo (1994):

- título de especialidade em Medicina de Família e Comunidade ou residência na área;
- antiguidade na comunidade, com três anos de atuação no mesmo bairro e envolvimento com o fenômeno que se pretende estudar, associado ao conhecimento amplo e detalhado das circunstâncias que envolvem o foco em análise;
- disponibilidade adequada de tempo para participar no desenrolar das entrevistas e encontros;
- capacidade para expressar especialmente o essencial do fenômeno e o detalhe vital que enriquece a compreensão desse fenômeno, numa perspectiva de se constituírem em informantes bons e reflexivos.

Com esse critério estabelecido, a escolha de quais profissionais seriam entrevistados partiu de conversas e informações junto aos coordenadores dos distritos sanitários. Consideramos esse número suficiente e capaz de contemplar as questões colocadas pela pesquisa quando novas informações substanciais já não eram acrescidas ao material que havíamos coletado, acontecendo uma confluência e “repetição” de opiniões (critério de saturação).

Os nomes dos bairros pesquisados foram renomeados, assim como o dos profissionais e dos usuários para evitar possível identificação. Foi entrevistado um profissional em cada bairro, por distrito sanitário, sendo estes: Sabiá, regional Centro; Andorinha, regional Leste; Canário, regional Continente; Araras, regional

Norte; e três profissionais na regional Sul: nos bairros Bem-Te-Vi (cujo profissional no momento trabalha em outro bairro), Pintassilgo e Beija-Flor. O motivo de entrevistarmos dois profissionais a mais na regional Sul foi pelo fato de que as duas médicas que atuam, cada uma, no bairro Pintassilgo e Beija-Flor, são as mais experientes na área. A primeira, atuando há mais de 8 anos no local (bairro Pintassilgo), participou do pré-teste do roteiro da entrevista utilizado para os profissionais, assim como uma família visitada pela médica no bairro realizou o pré-teste do roteiro utilizado para o usuário e família. Incorporamos o material obtido no pré-teste, pois grande parcela do roteiro não sofreu modificação. Alguns ajustes foram necessários, mas as questões centrais puderam ser mantidas. A segunda médica, atuando no bairro Beija-Flor, é a médica de família com maior tempo de atuação na cidade, com formação em Medicina-Geral Comunitária. Todos os profissionais médicos entrevistados eram do sexo feminino, com exceção do profissional atuante no bairro Bem-Te-Vi. O sexo do profissional não foi cotejado como critério na pesquisa, pois privilegiamos o tempo de atuação profissional, sendo os profissionais do sexo feminino aqueles mais “antigos” na rede.

Quanto aos usuários e famílias que seriam entrevistados, a escolha coube ao profissional médico e agentes comunitárias, além do critério de que o usuário pudesse realizar a entrevista, tendo autonomia para expressão, visto que alguns pacientes visitados pelos profissionais médicos e equipe são idosos, acamados, com sequelas de doença cerebrovascular, alguns com dificuldades para falar.

Entrevistamos um usuário e família no bairro Bem-Te-Vi e Pintassilgo; dois usuários e famílias nos bairros: Andorinha, Araras, Sabiá e Canário. Realizamos uma entrevista com um profissional que atua no bairro Pintassilgo e que não realiza

visitas domiciliares. Ele atua especificamente no atendimento de saúde da criança e faz suporte para as equipes de saúde da família do bairro. A intenção foi saber sua opinião sobre a visita domiciliar realizada pelo médico de família. No entanto, deparamo-nos com o fato de praticamente não encontrarmos centros de saúde onde os médicos não realizam visitas domiciliares. Assim, aqueles profissionais médicos que não as realizam, atuam no matriciamento, isto é, dando suporte técnico especializado para as equipes de saúde da família, embora alguns deles também realizem visitas domiciliares, como os geriatras.

O trabalho de campo iniciou em novembro de 2007, quando realizamos a entrevista pré-teste com a médica do centro de saúde do Pintassilgo, que serviu também para testarmos o roteiro e avaliarmos o tempo médio que despenderíamos na realização da entrevista. Posteriormente, em dezembro de 2007, entrevistamos um paciente que era atendido por essa médica, juntamente com sua esposa que o acompanhou durante a entrevista. O trabalho prosseguiu nos meses de abril, maio, setembro e outubro de 2008, sendo complementado em novembro de 2009, quando da realização da última entrevista com uma médica. As datas estabelecidas foram determinadas de acordo com a disponibilidade dos profissionais, tanto das médicas e médico, quanto das agentes de saúde que me acompanharam nas entrevistas com os usuários, além das possibilidades estabelecidas pelas famílias, e as minhas próprias.

Além das entrevistas, efetuamos a observação de visitas domiciliares realizadas pelas médicas dos bairros: Araras, Canário, Sabiá, Andorinha, no período determinado que tinham para essa atividade, o que possibilitou a observação de três visitas no bairro Araras e Canário e duas nos bairros do Sabiá e Andorinha. Essa observação foi fundamental para que tivéssemos uma visão mais aprofundada do

tema e nos forneceu subsídios para novas questões para as entrevistas. Percebemos, dessa forma, que foi mais produtivo realizar a entrevista com o profissional depois de tê-lo acompanhado na sua visita de rotina. As entrevistas com os profissionais de saúde ocorreram nas unidades em que trabalham e apenas uma foi realizada em outro local previamente acordado com o profissional. As entrevistas foram realizadas em duas partes, cada parte com duração média de 40 minutos. A entrevista realizada com a médica do bairro Sabiá precisou ser tomada em três partes, em função da necessidade de ajustes ao horário disponibilizado pela profissional. Isso favoreceu que o entrevistado pudesse colocar-se sem pressa, não alterando sua rotina de trabalho na unidade e proporcionando reflexão sobre o pronunciado anteriormente, trazendo novos aportes e situações não lembradas durante a primeira parte da entrevista.

As entrevistas com os usuários foram realizadas no domicílio, durante uma tomada, que em geral durou em torno de 40 minutos. Todas as informações, falas inusitadas, percepções, sensações observadas foram registradas no diário de campo que posteriormente foi digitado. As agentes comunitárias realizaram o contato prévio com o paciente que seria entrevistado, combinando o melhor dia e horário para a entrevista e acompanhando posteriormente a pesquisadora até o domicílio do usuário. As agentes tiveram um papel fundamental nessa etapa da pesquisa. É muito interessante observar o zelo e a preocupação das agentes com o tipo e conteúdo da entrevista que realizaríamos. Segundo elas, são realizadas muitas pesquisas junto aos usuários e algumas situações constrangedoras ocorridas, invadindo a privacidade das famílias, fizeram com que elas realizassem, “previamente”, junto com o profissional médico da área, uma “avaliação” da entrevista e do assunto a ser abordado. A opção

por realizar a entrevista no domicílio do paciente deveu-se não só à maior facilidade para o paciente, já que alguns apresentavam dificuldade para locomoção, mas também para que pudéssemos observar a realidade e o contexto vivido, importantes em função do propósito da pesquisa e da abordagem teórica pretendida.

O fato de percorrer as ruas com as agentes comunitárias e presenciar as conversas informais entabuladas, tanto no trajeto para a casa dos usuários entrevistados, quanto no momento em que observávamos o profissional no seu período de realização de visita domiciliar, foi crucial para a compreensão da realidade que pretendíamos estudar. Importante mencionar que os usuários e famílias visitados pelos profissionais durante o período de observação não foram entrevistados pela pesquisadora. Preferimos visitar e entrevistar outros usuários e famílias que foram anteriormente contatados apenas pelas agentes comunitárias de saúde. Todas as pessoas contatadas, seja o profissional de saúde como o usuário e família, aceitaram participar da pesquisa, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido. Foram informados de que poderiam interromper a entrevista no momento em que assim o desejassem; seus nomes seriam mantidos em sigilo ao consentirem com a gravação direta para posterior transcrição.

Segundo Minayo, a entrevista é uma conversa com finalidade, uma *situação de interação* (Minayo, 1994, p. 114). Optamos por um roteiro de entrevista semiestruturada, em que os questionamentos realizados eram guias para abordagem dos temas que interessavam à pesquisa, mas que suscitavam outras interrogações, com base na fala dos entrevistados. Dessa forma, o entrevistado seguia livremente sua fala, mas permanecia ligado ao foco principal da pesquisa acordado anteriormente entre o entrevistado e a pesquisadora (Triviños, 1994). Essa

perspectiva foi mais facilmente alcançável nas entrevistas realizadas com os médicos de família, no entanto, com o usuário e família entrevistados, houve a necessidade de maior flexibilidade.

Muitas vezes, nas entrevistas com os usuários e famílias, situações relatadas tangenciavam o tema da entrevista e, supostamente, no primeiro instante não pareciam ter relação com ela, mas aos poucos a questão central, envolvendo a visita médica domiciliar e a relação do paciente com o médico, emergia na conversa. Assim, observamos que era necessária uma escuta atenta e paciente, muitas vezes deixando que o ritmo da entrevista fosse ditado pelo entrevistado, que algumas vezes nos questionava, formulando perguntas relacionadas à própria entrevista, ou ao tema abordado. Não foram raras, no entanto, as vezes que o usuário, ou algum familiar, realizou perguntas dirigidas ao problema de saúde específico, “como se eu fosse a sua médica”, e, naquele momento, então, procuramos esclarecer (mesmo que já o tivesse realizado) o nosso papel de pesquisadora, o que foi suficiente para retomar a entrevista.

No entanto, é necessário apresentar aqui a complexidade que representou o desenvolvimento do campo da pesquisa. O fato de ser médica de família, acredito, facilitou a nossa inserção no campo e o estabelecimento de uma relação mais próxima, tanto com os médicos e usuários entrevistados quanto com as agentes comunitárias que acompanharam muitas entrevistas realizadas. Os agendamentos das entrevistas foram trabalhosos, não em razão da negativa dos profissionais ou usuários em participar da pesquisa, mas para compor datas e horários mais convenientes para as partes envolvidas. Foi preciso organizar os horários com as agentes comunitárias, pois sem a presença delas não seria possível o acesso às famílias, e os horários da

nossa própria agenda, pois mantivemos o trabalho da assistência no centro de saúde. Assim, todo o campo foi desenvolvido, atrelando nossa atuação como pesquisadora e médica de família, percebendo, ao percorrer os centros de saúde, as ruas dos bairros e as casas visitadas, o itinerário que fazemos no cotidiano do trabalho; ao mesmo tempo, reconhecendo a necessidade de manter a objetividade e perceber, ao olhar, as situações, falas, expressões, dando conta de sentimentos, como se estivéssemos observando um quadro destacado numa exposição.

Contrariamente ao que menciona as teorias reprodutivistas e positivistas (Minayo, 1994) em relação à assimetria entre entrevistador e entrevistado e ao caráter de passividade que conferem ao entrevistado, esta não é a situação encontrada aqui.

O envolvimento do entrevistador com o entrevistado, em lugar de ser tomado como uma falha ou um risco comprometedor da objetividade é pensado como condição de aprofundamento de uma relação intersubjetiva. Assume-se que a inter-relação no ato da entrevista contempla o afetivo, o existencial, o contexto do dia a dia, as experiências, e a linguagem do senso comum, e é condição *sine qua non* do êxito da pesquisa qualitativa. (Minayo, 1994, p. 124).

No entanto, a ideia de que o pesquisador (observador) seja um “contaminador potencial” e deva ser algo neutralizado, padronizado e controlado levou à “tendência de o Eu auto-absorvido perder totalmente de vista o Outro que lhe seja culturalmente diferente.” (Fine, Weis, Weseen; Wong, 2007). Não foi o caso da pesquisa desenvolvida, uma vez que buscamos manter sempre uma relação de reciprocidade, respeitando o entrevistado tanto nas questões operacionais quanto na forma democrática de não lhe cercear a fala em nenhum momento. Além do que, não se poderia ficar restrito à fala da pessoa entrevistada. Como a entrevista é um processo ativo, todas as formas de comunicação não verbais fazem parte desse contexto e

devem ser observadas: gestos, expressões, entonações, sinais não verbais, hesitações, alterações de ritmo, são componentes fundamentais para a compreensão e a validação do que foi dito e foram anotadas no diário de campo (Nogueira-Martins; Bógus, 2004; Becker, 1993).

Dessa forma, desenvolvemos dois roteiros de entrevistas, um para os médicos de família e outro para o usuário/família (Anexos B e C). É fundamental dizer que a atualização do roteiro foi algo necessário e realizado algumas vezes (sem comprometer a estrutura básica inicial) em função do desenrolar das entrevistas, motivada pelo conteúdo que emergia da fala dos entrevistados e da potencialidade do diálogo, conforme previsto. Schraiber (1995, p. 68) frisa que, assim, elementos como a simpatia ou o conhecimento prévio dos sujeitos a serem entrevistados não configuram nessa técnica fator inconveniente. Ao contrário, constituem fator positivo, porque a técnica se fundamenta na autenticidade e veracidade discursiva do entrevistado, cujo depoimento o pesquisador quer *compreender e não contestar ou, mesmo, testar* (grifo da autora). Requer do entrevistado compromisso declarado com suas concepções e valores e a disposição moral de evidenciá-los; do pesquisador, requer a capacidade de estabelecer, com o entrevistado, relação pessoal e íntima, para que este se sinta à vontade no relato.

Schraiber (1995) refere a importância de estimular-se o relato de experiências, situações concretas vividas envolvendo o objeto de análise, estimulando a reflexão, alimentando o diálogo, conferindo uma qualidade viva ao processo da entrevista e suscitando um caráter de permanente construção de modelo operatório da própria investigação. Embora esses relatos possam trazer dúvidas ao pesquisador, como frisa a autora, isso pode ser superado, desde que ele tenha o “controle” do processo da

entrevista (grifo da autora) e que esta esteja bem articulada ao objeto de estudo. Especialmente útil, quanto a essa questão, é a elaboração de um diário de campo, como já mencionamos. Triviños (1994) considera que as anotações de campo devem incluir todas as observações e reflexões que realizamos sobre expressões verbais e ações dos sujeitos, descrevendo-as primeiro e fazendo comentários críticos sobre elas.

Assim, as anotações de campo podem ser descritivas e, nesse caso, a exatidão das descrições é um requisito essencial da pesquisa qualitativa, como primeiro passo para avançar na explicação e compreensão da totalidade do fenômeno em seu contexto, dinamismo e relações; e reflexivas, quando cada comportamento, cada atitude, cada diálogo que se observa pode sugerir uma ideia, uma nova hipótese, a perspectiva de buscas diferentes, a necessidade de reformular futuras indagações, de colocar em relevo outras, de insistir em algumas peculiaridades, etc. O pesquisador deve estar em permanente “estado de alerta intelectual” (grifo do autor). As anotações devem ser feitas imediatamente às entrevistas e a observação de campo, e, sem dúvida, na nossa pesquisa, foi um ponto fundamental de agregação ao conteúdo que emergiu da fala dos entrevistados e da observação, permitindo que pudéssemos iniciar a elaboração de pontes para análise posterior.

A utilização do gravador para o registro das entrevistas foi necessário e, segundo os autores (Triviños, 1994; Minayo, 1994; 2005; Becker, 1994; Shraiber, 1995; Nogueira-Martins; Bógus, 2004), recomendável. A gravação tem a vantagem de registrar todas as expressões orais, deixando o entrevistador livre para prestar toda a sua atenção ao entrevistado. Alguns dos autores mencionam a desvantagem de que o gravador apenas registre expressões orais e possa funcionar como elemento

constrangedor, como o “terceiro participante” na entrevista. No entanto, a nosso ver, as entrevistas realizadas transcorreram sem nenhum constrangimento, e o gravador foi um aliado. A transcrição das entrevistas foi realizada pela pesquisadora. Embora trabalhosa, pois é fundamental a transcrição literal do conteúdo gravado, incluindo as pausas e outras manifestações, foi na escuta persistente, aliada às anotações do diário de campo, das observações efetuadas e dos referenciais teóricos utilizados, que foram iluminando-se cada vez mais as respostas para as nossas dúvidas e indagações.

A análise do material coletado não se inicia em determinado instante da pesquisa, ela está presente nos vários estágios da investigação. Já está presente na entrada do campo da pesquisa, no trabalho de organização dos dados e informações coletadas. Posteriormente, as tendências e padrões são reavaliados, buscando-se relações e inferências em um nível de abstração mais elevado (Nogueira-Martins e Bógus, 2004). As entrevistas, depois de transcritas, foram lidas exhaustivamente, assim como o caderno de campo. Inicialmente foram buscadas as questões da pesquisa em cada entrevista, depois a análise foi feita por bloco: profissionais, usuários e campo e, por fim, a triangulação, relacionando o material levantado nas entrevistas, na observação e nas fontes documentais.

Exploramos o material coletado visando a alcançar os vários núcleos de compreensão, agregando esses dados em categorias teóricas que comandaram a especificação dos temas relacionados à visita médica domiciliar e o encontro do profissional médico com seu paciente nesse contexto, objeto do nosso estudo, tendo os aspectos políticos, organizacionais e operacionais como o cenário da prática médica. Essas categorias foram:

- caracterização dos profissionais médicos e experiência na realização de visita domiciliar;
- caracterização do paciente e família que recebe visita médica domiciliar;
- dificuldades e facilidades relacionadas com a realização de visitas (em relação ao profissional e paciente);
- critérios para realização de visitas;
- motivos mais frequentes para realização de visitas;
- o médico de família e a clínica geral em domicílio;
- acompanhamento domiciliar e internações hospitalares;
- negociação na visita médica, a ação comunicativa (sucesso prático) e ação estratégica (êxito técnico);
- contribuições da visita médica domiciliar para a prática no consultório;
- o contexto domiciliar como espaço para interação: a relação com o paciente/família, com a equipe e com os cuidadores;
- o médico de família e a coordenação do cuidado em saúde.

Minayo (1994) menciona três grandes obstáculos que o pesquisador precisa levar em conta ao iniciar o processo de análise do material pesquisado. Ao citar Bourdieu, a autora menciona o que seria a “ilusão da transparência”. Essa ilusão corresponderia ao perigo da compreensão espontânea como se o real se mostrasse nitidamente ao pesquisador. Minayo (1994) frisa que isso ocorre ainda mais perigosamente quando o pesquisador tem a impressão de familiaridade com o tema e acaba projetando sua própria subjetividade. Outro problema comum seria ocupar-se mais com os métodos e técnicas em detrimento da fidedignidade às significações do material referidas a relações sociais dinâmicas; por último, a dificuldade do

pesquisador em associar os dados e informações recolhidos no campo com a teoria e conceitos abstratos.

Uma das formas para evitar essas armadilhas seria, primeiramente, entrar em contato exaustivo com o material, deixando-se impregnar pelo seu conteúdo. A dinâmica entre as hipóteses iniciais, as hipóteses emergentes e as teorias relacionadas ao tema tornarão a leitura mais sugestiva e capaz de ultrapassar a sensação de caos inicial. A constituição de um *corpus* permite que se possa responder aos critérios de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência (Minayo, 1994). Quanto à questão da suficiência ou da insuficiência das informações – um dilema sempre presente na pesquisa qualitativa, Minayo (2005) alerta que, como norma prática, deve-se considerar que o material construído no campo está suficiente quando se percebe que as ideias acerca das questões da pesquisa começam a repetir-se (saturação). Ainda, citando Gaskell, refere que a exploração dos dados qualitativos não se consolida com a extensão do material do qual se dispõe, uma vez que, em geral, o espectro de opiniões e versões acerca de uma realidade tem limites. As experiências, mesmo que possam parecer únicas, tornam-se representações que não são isoladas em mentes individuais; em alguma medida, essas representações são o resultado de processos sociais. Assim, representações de um tema de interesse comum, ou de pessoas em um meio social específico são, em parte, compartilhadas.

A compreensão do sentido orienta-se por um consenso possível entre o sujeito agente e aquele que busca compreender. Por paradoxal que pareça, no entanto, a compreensão só se opera por estranhamento. Apenas o fracasso na tentativa de entender a transparência do que é dito pode levar alguém a penetrar na opinião do

outro, na busca de sua racionalidade e verdade, dentro de um sistema de intersubjetividade (Minayo, 1994).

Essa compreensão só é possível se um processo comunicativo puder ser estabelecido entre o médico e o paciente. Por isso, o aporte da Teoria da Ação Comunicativa, desenvolvida por Habermas, é precioso para análise da relação estabelecida entre o médico de família, o paciente e sua família, no espaço constituído a partir da VD.

Comunicação, como anteriormente nos referimos, extrapola o ato da fala e implica uma ação que provoca ações. Assim, “qualquer forma de comunicação que visa ao entendimento é também uma forma de interação, através da qual os participantes desenvolvem, confirmam e renovam sua pertença a grupos sociais e suas identidades” (Aragão, 1992, p. 52). A ação comunicativa pode ser definida em oposição à ação estratégica, pois, enquanto na primeira, os participantes da comunicação buscam alcançar um entendimento sobre uma situação, admitindo consenso, na segunda, pelo menos um dos participantes quer provocar uma decisão entre cursos alternativos da ação, objetivando realizar intenções próprias (Aragão, 1992; 52). Podemos perceber aqui o quanto é profícuo o aporte habermasiano para estudo das relações que se estabelecem (ou não) entre médicos e pacientes, o que fica evidenciado pelos inúmeros estudos realizados na área, tendo a Teoria da Ação Comunicativa como aporte teórico principal (Scambler, 2001).

Outro diálogo necessário e fonte de inspiração para nossa pesquisa é o trabalho de Schraiber (1993; 1997; 2008), que aborda as transformações da medicina e do trabalho médico no Brasil, tendo São Paulo como lócus de pesquisa, numa perspectiva sociohistórica, analisando o processo de produção envolvido no trabalho

médico. A autora afirma que o desafio desse século, envolvendo a *medicina tecnológica* dos dias atuais, encontra-se na “esfera relacional do trabalho dos médicos” e na “crise de confiança” (Schraiber, 2008, p. 20). Interessa-nos, especialmente, analisar, com a investigação que realizamos, como a comunicação pode estabelecer-se no interior da medicina tecnológica, assumindo uma conformação diversa, menos assimétrica, quando o cenário da prática médica é o domicílio. Associado a essa questão, o conceito de *saber operante* desenvolvido por Mendes-Gonçalves (Schraiber, 2008, p. 20) auxilia-nos a pensar o papel do saber e dos recursos materiais no processo de trabalho, aqui enfatizando a importância da *clínica*, que envolve além do conhecimento técnico na área, também a *necessidade da comunicação, o compromisso e vínculo com o paciente e sua família* (grifo nosso).

7 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS: ANÁLISE E DISCUSSÃO

Neste capítulo vamos apresentar os resultados da pesquisa realizada, relacionando-os com o referencial teórico utilizado. Assim, descreveremos um pouco da história dos usuários, seus familiares e profissionais médicos entrevistados, bem como as características dos bairros visitados. Nos outros itens, abordaremos: a organização, planejamento e dificuldades para realização de VDs; critérios para realização de visitas médicas; o médico de família e a clínica geral no domicílio; a compreensão e negociação do caso no contexto domiciliar; o contexto domiciliar como espaço de interação e a relação com o paciente, equipe de saúde e cuidadores; e a coordenação do cuidado.

7.1 CARACTERÍSTICAS DOS BAIRROS E HISTÓRIAS DAS PESSOAS ENTREVISTADAS

Iniciamos a apresentação dos resultados com a descrição do campo, incluindo o contexto dos bairros que visitamos e também um pouco das características dos médicos, usuários e famílias com quem conversamos.

Os bairros visitados guardam entre si características comuns. Nenhum deles apresenta áreas de favelização evidente, mas existe muita pobreza em algumas áreas. As pessoas têm acesso às condições básicas de vida como: transporte coletivo, água encanada, energia elétrica e coleta de lixo. Em nossa caminhada com as agentes comunitárias e com as médicas pudemos observar esse fato. Apresentamos a seguir um quadro explicativo dos bairros, médicos e usuários entrevistados (Quadro 1).

Quadro 1 - Relação dos bairros, médicos, pacientes e familiares entrevistados, com respectiva idade, por bairro

Bairro/Distrito Sanitário	Profissional médico/idade	Paciente/familiar/idade
Sabiá/Centro	Antônia (31 anos)	Maria (52 anos) Catarina (58 anos)
Bem-Te-Vi/Sul	Cláudio (32 anos)	Carlos (45 anos)
Pintassilgo/Sul	Rita (50 anos)	Mário (64 anos) Ângela (62 anos)
Beija-Flor/Sul*	Ester (56 anos)	
Canário/Continente	Lígia (34 anos)	Francisca (60 anos) Carolina (69 anos)
Araras/Norte	Clara (39 anos)	Flora (75 anos) Bela (92 anos)
Andorinha/Leste	Eduarda (44 anos)	Paulo (76 anos) Josefa (75 anos) José (76 anos) Celina (73 anos)

Fonte: Elaborado pela autora

*No bairro Beija-Flor não realizamos entrevista com paciente, mas realizamos observação do trabalho desenvolvido pela Dr.^a Ester, na supervisão de graduandos de Medicina.

Os bairros Araras e Beija-Flor são áreas balneárias, apresentando grande afluxo de turistas no verão, o que modifica bastante o padrão de atendimento nos centros de saúde e é um fator que favorece a migração. É fato comum que turistas que visitam a Ilha, posteriormente, retornam para morar na cidade, atraídos pela beleza e por uma vida mais tranquila do que a existente nas grandes cidades como São Paulo e Porto Alegre.

Assim, uma das características mais evidentes é uma mistura que envolve famílias de alto e médio poder aquisitivo, residindo nas partes mais nobres dos bairros, junto à praia ou nas áreas mais baixas de alguns morros; e famílias mais empobrecidas que residem nas áreas mais afastadas e nos morros. O forte crescimento da cidade nos últimos anos estimulou à migração. Fato marcante é que

dos usuários e famílias entrevistados, apenas três residiam em Florianópolis há mais de dez anos, ou eram naturais da cidade.

Na fala da Dr.^a Clara, podemos vislumbrar um pouco disso.

A situação aqui é muito variada. Têm pessoas extremamente bem de vida, já têm outros que não têm praticamente o que comer. Aqui na beira do mar tem pessoal de classe média alta, a grande maioria. Pessoal que mora mais pra dentro é bem pobre, gente do bolsa-família, é bem variado. Mas todos recebem visita desde que solicitada. Se tem assistência e a família não solicita, eu não visito. Mesmo que tenha grana, se quer a visita, a gente faz, não interfere a questão social. [...] Os idosos que são migrantes são em número maior de analfabetos do que os idosos que nasceram em Florianópolis. A grande maioria, que é daqui, tem pelo menos, o que eles chamavam antigamente, o primário. [...] Aqui tem muito gaúcho, paulista. Nestes últimos anos, os paulistas e cariocas que se aposentaram e querem um ambiente mais tranquilo, vem morar em Florianópolis, mais nessa região de praia. Anos atrás, uns 4 anos atrás, era o gaúcho; agora são mais os paulistas. Tem o pessoal aqui do interior também, Chapecó e aquela região. Os filhos vêm pra trabalhar e na hora que conseguem emprego, comprar uma casinha, trazem a família inteira; trazem os pais... o pessoal do oeste. Eles moram mais na área do Pedro (o médico da outra área do PSF). O pessoal da praia é mais gaúcho e paulista; na área do Pedro, é o pessoal do interior daqui, mais pobre. A integração com a comunidade é muito variada. Na realidade, não é uma comunidade muito unida. É uma comunidade muito cada um por si. Isso é um grande problema, vamos fazer um grupo de caminhada, não dá; também não tem um local apropriado pra reunir; não tem uma associação, um lugar onde as pessoas possam se reunir. Tem a igreja, mas não tem nenhuma atividade como rua dos vizinhos... fechar a rua e fazer alguma coisa; é muito cada família com a sua família e pronto. Pode ser até porque tem muita gente de fora e tem uma postura mais reservada. (Dr.^a Clara/Araras).

As duas usuárias visitadas por Dr.^a Clara, as quais foram entrevistadas juntamente com familiares, vieram do Rio Grande do Sul e um pouco de suas histórias pode ser visto nos excertos abaixo. Flora tem 75 e Bela, 92 anos.

Moro aqui nesta casa há um ano, e na outra casa daqui morei mais 1 ano. Antes de Araras morava em outro bairro. [A filha de dona Flora fala que agora construíram essa casa no bairro para ficarem definitivamente, antes moravam de aluguel.] Nasci em São Borja, no Rio Grande. Depois fui morar em Santo Ângelo. Eu já tratava da pressão e o cardiologista disse que eu teria que fazer ponte de safena. Vim para Santa Catarina há 4 a 5 anos. [A filha fala que moraram 18 anos em Santo Ângelo. O pai era diabético e doente. Acha que a mãe começou a fumar mais por causa do desgaste em cuidar do pai. Depois com a morte dele, sua mãe teve depressão e ficou difícil largar o cigarro.] Recebo visita da Dr.^a Clara

desde que moro aqui nesta casa, antes recebia visita de outra médica. (A filha explica que antes não tinha divisão de área no bairro. [Depois que dividiram, a Dr.^a Clara ficou responsável pela área onde mora e passou a fazer as visitas.] Ela recebe a visita da médica há 1 ano e meio, mais ou menos. A gente não conhecia sobre visita antes de vir prá cá, só depois é que ficamos sabendo. Lá no Rio Grande do Sul não tinha [fala a filha]. Eu sou viúva há trinta e poucos anos e só tive uma filha [ri e olha para a filha]. Infelizmente, diz a filha. [Pergunto por quê?] Ó tem eu para cuidar [fala rindo])

Eu tinha problema de pressão alta, não tenho mais porque controlei com remédio. A filha fala: Mesmo tomando o remédio antes, sabe o que atrapalhava... [faz gesto com a mão indicando uso de cigarro] então os remédios não faziam efeito direito, né? Mas agora, ela *foi obrigada* a deixar o cigarro. Aí, os remédios funcionaram. (grifo nosso).(Flora/bairro Araras)

Essa passagem acima reflete o quanto as “recomendações médicas” atingem os hábitos dos pacientes. Mesmo considerando a situação do tabagismo e os malefícios desencadeados para a saúde de Flora, a fala da sua filha expressa bem o autoritarismo presente muitas vezes nas prescrições médicas que, em geral, buscam atingir determinadas metas, ignorando a vontade do paciente. Não estamos dizendo com isso que, em determinadas ocasiões, as ações estratégicas não sejam as mais adequadas, especialmente quando existe risco de morte para o paciente.

Bela, que também é viúva e moradora de Araras há muitos anos, nasceu em São Sebastião do Caí, Rio Grande do Sul. Mora numa casa ampla, juntamente com uma das filhas e netos. No momento da entrevista, sua filha está trabalhando, mas a cuidadora Marlene está presente. Com idade avançada, Bela mantém a disposição, locomove-se com bengala e toma apenas uma medicação para controlar a pressão arterial.

Eu sou descendente de alemão. Eu nasci no Brasil, mas falo as duas línguas. Mas os meus filhos, eles pediram prá eu falar mais o português, porque na aula, depois, eles erravam muito. Em vez de escrever o português, misturavam, daí a nota era baixa, então, eles me pediram. Eu tive 3 filhos, tenho netos e bisnetos. Minhas bisnetas já são formadas. Eu moro há bastantinho aqui nas Araras [ri]. A minha mãe teve 6 filhos, mas ela ficou viúva muito cedo. Ela criou sozinha os filhos. A vida era difícil, tinha que procurar cavaco prá fazer fogo. Era no meio do mato, tinha que abrir caminho. É o que eu digo, foi a primeira aula que existiu, brasileira, lá; nós fomos os primeiros frequentadores da escola brasileira. Eram 8

alunos. Tinha uma moça que era do governo, ela ganhava uns 15 réis. Cada família tinha que ajudar a pagar, se não a moça não podia vir porque era muito pouco aluno, não valia a pena. Uma vez a professora me chamou na mesa dela, e disse, como é que tu nunca tem um erro na tua conta? Eu disse, porque eu sei a tabuada, se a senhora quer que eu fale a tabuada até 24, então eu falo em alemão. A mãe já tinha ensinado em alemão, ela conversava e a gente gravava, né? Quem não sabia ficava de castigo. Tinha vara de marmelo, um que sabia que ia apanhar, fez uns cortes na vara e quando a professora ia bater, a vara quebrava (ri). Eu não casei nova não. Eu não queria casar. [...] Eu já tinha mais de 25 anos quando casei. Eu era o penúltimo filho. Eu não queria casar porque eu, realmente, queria ser parteira. Eu não queria casar porque eu via como a mulher sofria. Então eu fui para Porto Alegre, daí eu aprendi. O médico lá professor disse, vocês têm que se espalhar no interior porque as mulheres morriam porque não tinha quem ajudasse. As crianças se afogavam na hora de nascer. A minha irmã perdeu uma menina. Ela veio e ficou. Isso era vida no mato. [...] Eu acho que fiquei uns 3 anos em Porto Alegre, aprendendo sempre na sala de operação, com o médico e a freira. Ela dizia, não deve ter medo e realmente, o medo não pode acompanhar isso. Às vezes tinha enchente, tinha que atravessar de bote. Nessa época eu tinha 22 anos. Eu fiz muito parto, com essas mudanças foi extraviado um caderninho que eu tinha marcado. Eu tive 1 filho e 2 filhas, em casa sozinha. Aqui eu trabalhava na lavoura e fazia parto. (Bela/bairro Araras)

Dr.^a Ester, que também trabalha em bairro de área balneária, tem uma realidade diferente, já que o bairro Beija-Flor ainda mantém uma população nativa importante, embora esteja sendo alvo cada vez maior da migração.

Aqui no Beija-Flor tem uma diferenciação bem interessante. Parte da população é nativa. São pescadores que moram lá há alguns anos, são nativos e vivem ali. Outra parte são pessoas que são familiares, mas que são funcionários públicos que trabalham no centro ou nas imediações, mas que moram ali há muito tempo. Quando fizeram essa Beira-Mar Sul, ficou fácil vir do centro para o sul da Ilha. Tem muita gente que mora de aluguel, e o que acontece com essas famílias? Os nativos que possuem terreno grande fazem casas para locar. Tem gente que vem no verão, se encanta com o lugar, vem e fica aqui. Alguns são artesãos, moram de aluguel. Os aposentados, a gente tem bastante no bairro, dos estados do Rio Grande e Paraná que se aposentaram. Vieram aqui, gostaram, compraram alguma casa ou locaram aqui, também de São Paulo. Têm os nativos, aqueles descendentes que continuam morando no terreno do pai e que em geral tem uma renda estável, classe média baixa. Muitas pessoas que procuram [o centro de saúde] não usam só o SUS, usam também outros convênios de saúde, mas uma característica interessante é que quase toda a população procura o centro de saúde. Diferente do que eu vi em outros centros de saúde. (Dra Ester/bairro Beija Flor)

Os bairros Andorinha, Pintassilgo, Sabiá e Bem-Te-Vi guardam características similares entre si, mas localizam-se nas áreas mais centrais da cidade, e o Canário

localiza-se no continente. Nesses bairros, a população mais pobre reside nas partes mais altas dos morros, e, embora tenhamos circulado de forma tranquila com as agentes comunitárias e as médicas, no bairro Sabiá, especialmente, é frequente a interdição de visitas domiciliares devido à violência do tráfico de drogas. Isso fica evidente no testemunho de Maria, usuária que entrevistamos no bairro. O bairro Sabiá é o mais populoso dos bairros visitados e o mais central, tem aproximadamente 20.000 habitantes, contando com uma localidade situada num morro de grande aglomeração.

Meus filhos são tudo prá mim e agora eu me sinto sozinha. Eu tô cuidando muito do menino por causa das drogas. Quando cai nas drogas é um problema. Agora ele se levantou, está indo prá igreja, está trabalhando. [fica emocionada] Eu sempre falei com eles, dei conselhos, porque a gente não foi criada na cidade, foi mais no interior, era bem mais diferente. Talvez quis segurar demais... não deixava conversar, hoje tem muito disso, né? Hoje tem que conversar com os filhos, debater algum problema e eu só trabalhava porque tinha de dar o sustento prá eles. Chegava de noite cansada, tinha que ir dormir prá ir poder trabalhar no outro dia e aí, quando fui me dar conta, o filho já tava perdido. Começou nas drogas... A filha o primeiro rapaz que namorou, engravidou... logo em seguida abortou. Quando aconteceu com a mais velha, eu procurei segurar a mais nova, aí eu segurei demais. Aí foi pior! Quando descobri, já estava nas drogas, como está até hoje. Agora está grávida. Também se envolveu com uma pessoa errada e tá vivendo lá, da maneira deles lá. Mas eu tento ajudar eles conforme eu posso e eles me ajudam conforme podem, também. Vou fazer o quê? Depois que eles crescem, tem que tomar o tempo deles; não posso tomar o tempo deles, né? (Maria/bairro Sabiá)

Maria é moradora do bairro Sabiá há aproximadamente três anos, viúva há seis anos e pensionista. Ela tem 52 anos, três filhos e três netos, mas tem uma aparência entristecida e representa mais idade do que a que realmente tem. Mora no alto do morro, perto de uma das filhas, numa casa pequena (quatro cômodos) de alvenaria, mas bem cuidada, como é a maioria das casas nesse local. Não existe quase nenhum espaço entre as casas ou quintal, e precisamos (eu e as duas agentes comunitárias) percorrer escadarias e becos para chegar até a casa de Maria. As agentes comunitárias falaram que, embora sofra de hipertensão arterial, o principal problema

de Maria é a depressão e crises de pânico em razão dos conflitos que envolvem os seus filhos. Natural de Lucélia, interior de São Paulo, morou em Francisco Alves, Paraná, mas viveu 22 anos em Joinville (SC), onde casou e separou-se antes de ficar viúva. Durante toda a entrevista, Maria, muitas vezes, ficou emocionada e chorou, recordando algumas situações vividas com os filhos, agradecendo frequentemente às agentes comunitárias e à Dr.^a Antônia por encontrar-se melhor de saúde e pelo apoio que tem da equipe.

No bairro Sabiá entrevistamos ainda a moradora Catarina e sua família que relatou o assassinato de um de seus filhos devido ao tráfico de drogas, tendo a família se mudado do bairro onde ocorreu o fato para o bairro Sabiá por esse motivo. Catarina tem 58 anos e nasceu em Maceió (Alagoas). É viúva há vinte anos, pensionista, e teve oito filhos. Sua casa é de madeira, mora com uma filha e duas netas. A casa possui poucos cômodos e é alugada. Uma das filhas mora no primeiro piso, com o marido e filhos e paga outro aluguel. No momento da entrevista, Catarina estava sozinha em casa cuidando dos netos, pois a filha estava trabalhando e chegou ao final da entrevista. Embora com dificuldades para locomover-se, pois sofreu um AVC devido à hipertensão arterial, é Catarina quem cuida dos netos, não possuindo um(a) cuidador(a) para auxiliá-la. As duas usuárias visitadas no bairro Sabiá têm menos de sessenta anos, e uma delas, Maria, não apresenta maiores dificuldades para locomoção, sendo a depressão o motivo que determinou as visitas domiciliares da médica. Como podemos observar, não se considerou nesses casos apenas o impedimento pessoal para locomoção, como as sequelas de AVC, por exemplo, mas as dificuldades relacionadas com as condições de vida dos(as)

pacientes, também na situação de Maria, em que o deslocamento até o centro de saúde é bastante dificultado devido à localização de sua moradia.

Na parte mais baixa do morro onde residem Maria e Catarina, as casas são bem construídas, amplas e com quintal, algumas com dois pisos e muitas com garagem e carros; um local típico de classe média, contrastando com as construções do alto do morro. Nesse local observamos a visita de Dr.^a Antônia a uma paciente natural e procedente de Alfredo Wagner, município do interior de Santa Catarina, chamada Carmem. A casa é de uma de suas filhas, que é casada e onde reside ainda outra de suas filhas. As filhas adaptaram uma das salas como quarto para a mãe, onde pode também costurar, fazer crochê e tricô, atividades que já realizava na cidade natal. Carmem tem 65 anos, portadora de hipertensão, insuficiência cardíaca e obesidade, e sérias dificuldades para locomover-se. As filhas de Carmem esperam-nos com um lanche preparado por elas e não deixam Dr.^a Antônia sair da casa sem que experimente o bolo, cuja receita foi ensinada pela mãe.

O bairro Bem-Te-Vi tem aproximadamente 6.600 habitantes e é considerado um bairro de classe média, segundo a descrição do Dr. Cláudio.

É uma classe média, alguns classe média baixa, a maioria classe média e às vezes classe média alta. Muitas visitas a gente fazia para pacientes em casas com boas condições. Quanto à escolaridade, do que a gente fazia VD, talvez uns 10 a 20% de escolaridade mais baixa e uma condição socioeconômica mais baixa também, mas analfabetos eu não encontrei. Alguns tinham convênio e como usavam materiais do posto, como: fraldas, luvas, gases... a gente ia lá pra ver o estado do paciente para o qual estava sendo fornecido aquele material. Muitas vezes eram usuários do SUS apenas, outros tinham convênio, mas usavam a unidade de saúde, acho que a metade, pelo menos. O que mais tinha no bairro era gente de tudo quanto é canto. Porque tem o pessoal aposentado da Base Aérea, moram aqui as famílias dos aposentados, gente de São Paulo, Rio Grande do Sul, Maranhão, Piauí, muita gente do Paraná, bastante carioca, e do Oeste catarinense, de tudo quanto é canto. Nativo, nativo, poucas pessoas. Alguns que vieram de outros bairros, mas a maior parte é pessoal de fora. Gente que já mora há muito tempo, mas tem muita gente chegando.

A situação do bairro Bem-Te-Vi é similar aos outros bairros visitados, com um fluxo de migrantes muito grande, fruto do crescimento da cidade como um todo. Na visita que realizamos ao bairro para entrevistar a família que recebeu visitas do Dr. Cláudio, observamos que, diversamente de outros locais, o Bem-Te-Vi é plano e suas ruas são pavimentadas ou lajotadas, de fácil acesso. O bairro, além de centro de saúde recentemente construído, possui creches, escolas de ensino fundamental e médio, comércio bem estabelecido. A boa acessibilidade do bairro permite que João, o usuário que nós entrevistamos e que tem um dos membros inferiores amputados, locomova-se em cadeira de rodas motorizada e possa ir até o centro de saúde sem maiores dificuldades.

João tem 45 anos, é separado e tem duas filhas. É relojoeiro e técnico de informática. Recebeu a mim e a agente comunitária na sua oficina que fica anexa à sua casa. Relatou que está habituado a dar entrevistas, devido à sua condição de saúde, para muitos estudantes que fazem estágio no centro de saúde. Diz que gosta desse fato, pois assim pode conversar e falar dos seus problemas. Elogia o trabalho da agente comunitária que o mantém sempre informado e auxilia quando necessita de algum material ou medicamento. Além de diabético, João foi diagnosticado com obesidade mórbida e realizou cirurgia de redução do estômago por indicação do Dr. Cláudio, o que segundo ele, salvou a sua vida. Ele nasceu em Florianópolis, mas em razão do trabalho do pai, morou em várias cidades do País e fixou-se no bairro Bem-Te-Vi aos 25 anos.

Eu já descobri, infelizmente, quando estava grave. Eu tive uma péssima assistência médica em relação ao diabetes. Naquela época a gente não utilizava o posto, a gente ia no hospital, e os médicos eram pouco esclarecedores sobre que era o diabetes. Uma das médicas olhou pra mim e disse assim: Oh, que pena! outro médico, disse: Come menos. Mas não

tinha nada a ver com comer, meu pâncreas é que estava morrendo, o excesso de peso, comendo coisas que se transformam em açúcar rapidamente, pão, refrigerante e deu no que deu. Tive uma amputação do dedo do pé, depois tive uma infecção forte e uma gangrena e perdi uma parte da perna, e foi indo. [...]

Os médicos não quiseram “abrir” sobre a cirurgia, mas o Dr. Cláudio aqui do posto é o responsável por tudo isso, porque é uma pessoa muito paciente e muito boa. Ele me explicou que a minha resistência insulínica ia me levar à morte, consequentemente. Havia uma possibilidade de 70 a 85% de “re-start” do pâncreas com essa operação, eles não sabiam bem. Hoje, eu passo só com três a quatro comprimidos por dia [mostra os medicamentos, que estão sobre a mesa do computador]. Não preciso usar mais insulina. Eu fico muito feliz e digo que o pessoal do posto de saúde salvou a minha vida. Se não, eu estaria mais gordo, com mais insulina e acho que já estaria morto. Eu tenho memória ruim, mas devo ter diabetes desde guri, só que não sabia. (João/bairro Bem-Te-Vi)

A história de vida de João está inexoravelmente relacionada ao problema de saúde, o diabetes. Na entrevista, ele menciona um histórico familiar relacionado à doença, vários óbitos familiares e o difícil processo em conviver com uma sequela grave, apesar de no momento ter conseguido estabilizar o diabetes. Em todo esse longo episódio, a presença do médico e da equipe de saúde da família foi fundamental para que sua recuperação pudesse ocorrer.

Assim como a história de João, no bairro Canário encontramos usuários e famílias que utilizam o serviço do centro de saúde e tem uma relação bastante estreita com a médica, Dr.^a Lígia, e a equipe de saúde.

O bairro Canário oficialmente não se configura em um bairro propriamente dito, seria uma localidade, mas os moradores o consideram assim. Conta com aproximadamente 5.800 habitantes e localiza-se na parte continental do município. É um local onde residem famílias de classe média baixa em sua maioria, no entanto, em algumas áreas, encontram-se casas amplas e de boa estrutura, onde moram famílias de maior poder aquisitivo. Segundo Dr.^a Lígia:

Eu sempre digo que o bairro tem uma diversidade muito grande. Tem vários extremos que saltam aos olhos. Temos todo tipo de usuário que a

gente visita na casa. Usuários com renda excelente, que moram quase numa mansão, que têm vários empregados, uma renda muito boa, têm médico particular, têm convênio de saúde. Pessoas que leem muito, inclusive usam várias tecnologias, computador, internet, se informam e entram em grupos. [...] Temos pessoas que são analfabetas, têm pouquíssimo conhecimento na área da saúde, moram em condições muito precárias, às vezes não têm nem saneamento básico, não têm água tratada. A casa é feita de material reaproveitável, um pouquinho de papelão, madeira, cimento. A situação alimentar fica difícil, porque a família é numerosa, baixa renda, familiares usam drogas, pouco ajudam em casa.[...]

Tem uma rotatividade e migração muito grande aqui. Temos pacientes de Lages, Rio Grande do Sul, Nordeste, São Paulo, Rio, Paraná... Eles vêm em busca de emprego, fugindo da violência, também em busca de um cuidador. Às vezes, por exemplo, tem uma senhora que eu visito que ela morava em Joinvile com o filho, só que daí a doença dela foi se agravando e o filho não estava em condições de cuidar bem da mãe. Pediu que viesse para casa da irmã dele aqui no bairro. A escolaridade aqui é baixa, bem baixa. Muitos são semianalfabetos. A comunidade tem igrejas, centro comunitário, mas a integração é baixíssima. Eu acho que as instituições que mais têm ajudado são as igrejas, inclusive pastores evangélicos fazendo visitas domiciliares, ajudando a comprar medicação, no transporte do paciente. Muitas vezes um paciente que fica sozinho em casa porque o filho está trabalhando, este pastor vai lá, ou a irmã da igreja e ajudam. (Dra. Lígia/bairro Canário)

No encontro com os usuários que entrevistamos, nas conversas com os profissionais médicos e com as agentes comunitárias, nas caminhadas pelos bairros ficou, evidente essa característica marcante, a forte presença do migrante. Esse fato é fundamental para pensarmos e refletirmos sobre a importância da comunicação para que o relacionamento entre as pessoas atendidas pelas equipes de saúde da família e, no nosso estudo, pelo médico de família, possa acontecer a contento. As diferenças culturais, de hábitos e costumes precisam ser compreendidas para que o acompanhamento dos pacientes e famílias possa ocorrer. É preciso, por exemplo, entender as dificuldades de Francisca (bairro Canário), que compra frutas e verduras na porta da casa quando uma ambulante passa semanalmente, anotando as compras em uma caderneta para pagamento mensal. Os filhos trabalham e ela cuida dos netos; como tem dificuldades para locomover-se, a solução é fazer parte das compras na porta de casa. Este é um costume tradicional, frequente de ocorrer nos locais do

interior onde o comércio habitual fica distante, como é narrado por Francisca, que tem sessenta anos.

Faz mais de 20 anos que eu moro no Canário. Eu sou lá da serra, eu só vim prá cá porque o falecido meu marido fazia tratamento de saúde aqui, ele morreu de câncer (há 18 anos). [...] Meu problema de saúde foi desde os 5 anos. Eu tive paralisia infantil, aí já fiquei com dificuldade. Eu não fui ao médico, porque onde meu pai e minha mãe moravam não tinha recurso nenhum, nenhum. Não passava nem uma carroça quanto mais um carro. Eu morei em Chapecó, Seara, eu rolei muito nesse mundo quando meu marido estava vivo, porque ele não parava. Ele era muito andarilho, não se acomodava, só queria se mudar, se mudar. Aí, até por causa da enfermidade dele a gente veio prá cá. Eu estou aqui, com a graça de Deus. (Francisca/bairro Canário)

Francisca é hipertensa e é acompanhada pela equipe de saúde do bairro Canário, consegue locomover-se com ajuda de muletas e relata que teve febre reumática (reumatismo no sangue) depois que conseguiu recuperar-se da paralisia infantil, quando já era mais velha. No entanto, na adolescência, trabalhou muito na roça antes de casar-se. Teve 10 filhos. Carolina, outra paciente entrevistada no bairro, que também é hipertensa assim como Francisca, tem sessenta e nove anos e mora no bairro há 27 anos. Foi uma das primeiras moradoras da região. Funcionária pública aposentada, ela vive com a família em uma casa confortável. Recebe visitas da Dr.^a Lígia a cada 3 meses e realiza exames anualmente. Embora possa ir até o centro de saúde, mesmo com dificuldades para locomover-se, costuma ser atendida em casa porque é mais cômodo, e a Dr.^a Lígia pode conversar mais.

Ao visitarmos o bairro Canário, quando acompanhamos Dr.^a Lígia e a agente comunitária no período de suas visitas domiciliares, pudemos observar esse contraste. O bairro tem algumas ladeiras, mas não existem morros, e o acesso entre as casas é facilitado. Ao contrário do bairro Sabiá, onde temos morro íngreme, no bairro Canário as casas possuem quintal, com exceção daquelas mais pobres, que dispõem de menos área livre. Na parte mais alta, existem casas mais amplas de

alvenaria de famílias com maior poder aquisitivo. Em razão da proximidade do centro de saúde da área da Dr.^a Lígia, percorremos todo o trajeto a pé, como a médica faz no seu dia a dia. Saímos do centro de saúde às 8 horas e 30 minutos e retornamos por volta das 11 horas e 30 minutos. Durante todo o percurso, a médica e a agente comunitária conversaram com muitas pessoas, respondendo algumas perguntas e dando informações solicitadas sobre o atendimento do centro de saúde.

O bairro Andorinha tem aproximadamente 4.000 habitantes e é cortado por uma rodovia estadual. Em razão da proximidade e facilidade de deslocamento em relação ao centro da cidade, ocorreu uma grande valorização imobiliária das moradias e terrenos no bairro, que tem recebido muitas famílias de maior poder aquisitivo de estados da região Sul e Sudeste, principalmente, sendo incomum a presença de migrantes pobres do interior do Estado. Progressivamente, o bairro tem adquirido uma configuração diversa da que possuía anteriormente, com muitas casas de característica açoriana, atualmente com inúmeros condomínios fechados de casas e apartamentos de maior luxo. A população nativa local permanece em menor número, sendo possível observarmos famílias cujos filhos constroem suas casas no mesmo terreno dos pais, característica comum encontrada no interior da Ilha. No bairro Andorinha, entrevistamos dois usuários e famílias cujos filhos moravam no mesmo terreno, ajudando os pais em relação aos cuidados de saúde e nos afazeres do dia a dia. Isso fica evidente no depoimento da Dr.^a Eduarda.

Os pacientes que usam o serviço são de classe socioeconômica mais baixa; mas é a classe socioeconômica baixa de Florianópolis, daqui. Não são pessoas de fora que vieram morar aqui. No outro bairro [que trabalhei] era bem diferente. Aqui, são pescadores, que nasceram no bairro e que criaram seus filhos. Conseguiram criar os filhos numa condição melhor que a deles, em termos de estudo, de aquisição econômica, social, cultural... Eles acabam morando em terrenos onde os filhos moram perto e que prestam assistência. Esses filhos têm um nível

muito melhor de diálogo, de aceitação, de acompanhamento médico. Não têm pobreza extrema, embora o bairro não tenha saneamento básico, mas não tem problemas críticos como tem em outras áreas. São condições boas, não tem favela. Poucos analfabetos, mais os idosos que não tiveram oportunidade. Que eu me lembre. Que me chamou a atenção, uns três pacientes analfabetos. Aqui não tem muito migrante, porque é próximo do centro, se tornou caro pro migrante. Aqui, os terrenos prá comprar têm preço inatingível, por isso quem compra tem dinheiro, e quem tem o terreno (e não comprou), herdou do pai. Tem famílias inteiras morando, várias casas no mesmo terreno. (Dra. Eduarda/bairro Andorinha)

Os usuários que visitamos para realizar entrevistas, no bairro Andorinha, nasceram em Florianópolis. Paulo e sua esposa Josefa moram no bairro há 41 anos. José e Celina, há 20 anos. Paulo e José possuem filhos residindo no mesmo quintal. São áreas amplas e muito bem cuidadas, com jardins e criação de animais. O ambiente guarda características dos bairros da capital antes da especulação imobiliária modificar boa parte da paisagem da Ilha. São famílias de classe média, que utilizam o sistema público de saúde, mas também dispõem de convênios privados para realização de exames ou procedimentos que podem ser mais difíceis de agendar pelo SUS. Essas famílias e pacientes geralmente têm o suporte familiar, especialmente dos filhos quando necessitam de cuidados de saúde. Ao entrevistarmos Paulo e Josefa (pois o casal é atendido e visitado pela Dr.^a Eduarda), sua filha participou da entrevista, acrescentando e dando outras informações, juntamente com os pais. Os dois têm 76 anos. Paulo foi padeiro e técnico-operacional em uma empresa pública, e José foi motorista de ônibus. Os dois têm diabetes, mas Paulo realiza plenamente suas atividades, com bastante autonomia, enquanto José tem comprometimento da visão, o que dificulta a realização de algumas atividades da vida diária. Diversamente de outros usuários que entrevistamos e visitamos, esses usuários sentem-se mais amparados com a proximidade da família e amigos. Como podemos observar na fala de Paulo:

Tá tudo espalhado [os filhos e suas famílias], mas tem hora que tá tudo junto. No domingo vem tudo prá cá, pro almoço de domingo. Eu tive 12 dias no hospital, não me faltou visita. Meus filhos iam todo dia, ainda tinha o pessoal da igreja. Tinha gente que voltava da portaria que não conseguia entrar. (Paulo/bairro Andorinha)

7.2 A HISTÓRIA DOS PROFISSIONAIS MÉDICOS E A EXPERIÊNCIA COM VISITA DOMICILIAR

Os relatos dos profissionais apontam para a necessidade de um processo de aprendizagem que se adquire com a experiência do trabalho cotidiano, realizando o cuidado das pessoas que atendem. A experiência das médicas e do médico que entrevistamos é fundamental para percebermos como a prática do médico de família está inserida na abordagem da Atenção Primária, considerando o vínculo e o cuidado como as linhas que regem a atividade. A formação acadêmica em clínica geral, ou outra especialidade que possa ter uma abrangência ampliada, no sentido de abordar os problemas de saúde mais prevalentes no âmbito da Atenção Primária, é necessária, mas a experiência na realização de VD e o contato com a equipe de saúde são fundamentais.

A oferta de residência médica na área da Medicina de Família é bastante recente em Florianópolis, tendo início em 2001. Dos profissionais médicos entrevistados, três profissionais tinham residência em Medicina Geral Comunitária, no Rio Grande do Sul, e um, em Saúde da Família, em Santa Catarina; um profissional tinha residência em Pediatria, e outro, especialização em Homeopatia. Dos sete profissionais, quatro deles tinham título de especialista em medicina de família e comunidade. Essas informações confirmam estudo de Giovanella et al

(2009), que aponta o alto percentual de profissionais médicos com especialização ou residência na área da Saúde da Família, em Florianópolis.

Assim como os pacientes e famílias que entrevistamos, os profissionais em sua maioria são procedentes de outros estados da Federação e adotaram Florianópolis para residir. Os relatos dos profissionais, desde aqueles com menor tempo atuando em medicina da família até aqueles mais experientes, enfatizam a importância do acompanhamento longitudinal das pessoas e famílias residentes na área de atuação da equipe de saúde. A permanência do profissional médico no mesmo bairro é, para os profissionais entrevistados, fator primordial para que a visita domiciliar tenha um papel que estimule o vínculo entre o profissional, o paciente e família. Dos profissionais que entrevistamos, dois deles estavam há três anos atuando no mesmo bairro; três atuavam há mais de quatro anos na mesma área e dois, há oito anos.

Dr.^a Antônio (31 anos), que atendia no bairro Sabiá já há três anos, no momento da pesquisa, fala da sua experiência em VD.

Já fiz visita em outros bairros durante a residência, então, e também algumas visitas que eu fiz em [outro município])quando trabalhei como médica de família. Mas agora como eu já estou há mais tempo trabalhando aqui no Sabiá, a diferença que eu acho, é que a gente consegue entender melhor como funciona a dinâmica familiar. Consegue se aproximar mais do paciente e aprofundar mais as visitas. Porque nas visitas anteriores a gente não tinha tanto tempo assim trabalhando na comunidade, acompanhando os pacientes e conhecendo mesmo o bairro. Agora, estando há mais tempo, a gente consegue ver quais as necessidades, os problemas. (Dra. Antônio /bairro Sabiá)

Dr. Cláudio (32 anos), que atua como médico de família há quase seis anos, e no bairro Bem-Te-Vi, há três anos, conta a sua experiência.

Depois de acabar a residência, eu trabalhei em [outro município])durante uns 4 meses, depois fui chamado prá cá, pra trabalhar em Florianópolis, pelo concurso. Eu já fazia visita domiciliar em [...]. Na minha faculdade,

na graduação, não tinha nenhum enfoque em atenção primária. Na verdade, o único contato com atenção primária que eu tive foi num estágio optativo de 1 mês, que eu vim fazer aqui em Florianópolis, que eu fiz ali na Lagoa. Contato com visita domiciliar eu só fui ter na residência. Eu senti que desde que eu comecei a fazer VD, está num *crescente*. Tem muita coisa que hoje eu já consigo identificar, dos erros que eu fazia no passado. Na residência, quando eu fazia, eu não tinha as agentes comunitárias. Depois que eu tive o contato com as agentes, é que eu fui ver as agentes como um elo entre o posto e a comunidade, favorecendo um maior contato; tinha sempre a agente comunitária apresentando a família prá gente. Sempre levava a agente comunitária junto pra fazer a VD. (Dr. Cláudio/bairro Bem-Te-Vi)

Dr.^a Rita (50 anos), que atende no bairro Pintassilgo há mais de oito anos, relata sua experiência em VD há anos passados, antes do PSF ser implantado.

Há muitos anos eu trabalhei em um município do interior (em Santa Catarina) e eu era acompanhada por uma pessoa que era como um agente de saúde. Na época havia em algumas comunidades, e a gente fazia visita aos acamados, na mesma linha. Eu acho que é fundamental, principalmente porque a gente atende pacientes que têm pouco recurso de locomoção e os familiares ficam muito tolhidos, com pouca assistência, se sentem inseguros e a visita do médico dá essa segurança. Deixa a família mais segura prá cuidar deste doente na casa. Cria um elo com o posto de saúde, com o profissional, isso facilita bastante prá melhora do paciente. (Dra. Rita/bairro Pintassilgo)

Dr.^a Ester, que atua no bairro Beija-Flor, relata assim sua experiência de VD e como mudou sua visão da atividade ao longo do tempo.

A visita na época da formação, da residência, numa unidade de saúde da família que eu comecei em Porto Alegre. Não tinha agente de saúde naquela época. Então era diferente. A gente ia empiricamente, ia porque era uma atividade da residência. Mas geralmente trabalhava com problemas sociais, com acamados, alcoolistas, tinha bastante problema social porque o [...] fica numa região de população de baixa renda, favela. Então era mais jovem, já ia com objetivo de organização de associação comunitária. Depois com o SUS organizando o modelo assistencial, começou quando eu já estava aqui (em Florianópolis), quando começou o PSF, com a agente de saúde e equipe, aí já foi de uma maneira mais diferenciada. Dividir por micro-área, ter sempre agente de saúde junto. Foi uma progressão. No final dos anos 70 e 80, eu fiquei lá (no Rio Grande do sul) e depois aqui [em Florianópolis] nos anos 90 com o SUS, se ficou mais estruturado. Sabe os objetivos, o trabalho em equipe. Eu vejo que antes era um trabalho solitário. Era um trabalho que a gente ia pela demanda e agora já começa uma estrutura de trabalho de equipe. Essa discussão que está passando agora é melhor, porque a gente fica mais velha, né? (Dra. Ester/bairro Beija-Flor)

Dr.^a Clara (39 anos), que trabalha no bairro Araras há mais de 7 anos, conta como sua aproximação da medicina de família ocorreu progressivamente, desde que realizou a residência em Pediatria.

Eu fiz visita na época que eu estava fazendo o curso de Medicina, em Porto Alegre, quando eu fiz estágio de férias na Saúde Comunitária. Naquela época eu era aluna ainda, né? A gente tem uma visão diferente. Aqui é uma comunidade que eu já estou há mais de 7 anos trabalhando, conheço todas as pessoas, então, é muito mais prazeroso agora, porque eu conheço bem aquela família que eu estou indo visitar. Conheço bem até por ir visitar, vejo mãe, filho, todo mundo. [...]

Quando tu és especialista de uma área, eu sou pediatra também, antes de eu atuar na área de saúde da família, se eu entrasse na casa prá ver uma criança eu ia só ver aquela criança. Hoje em dia, como médica de família, eu entro na casa, mas não olho só prá criança, mesmo sendo pediatra. Eu olho também prá mãe, prá avó, prá toda a família, como um todo, fazendo parte da saúde daquela criança. Esse é o diferencial do médico de família, vê a família como um todo. Não vê essa coisa picadinha, como se o problema de um não fosse interferir no problema do outro. A gente sabe que quando uma mãe está doente, tudo o que a criança está sentindo tem a ver com o que a mãe tem. Isso a gente não consegue perceber quando faz uma especialidade, não tem essa percepção do todo familiar. E nesse caso é a visão da doença. É uma pessoa que tem um problema específico e o médico vai prá atender aquela urgência, não trabalham em nada a família. É bem aquela coisa de mercado, né? (Dra. Clara/bairro Araras)

A experiência fez com que Dr.^a Clara percebesse, a partir da especialidade, a necessidade de ampliar sua visão na direção de uma prática mais integral, que pudesse ir “além da doença”, para abordar a família e os problemas de saúde envolvidos na dinâmica do dia a dia das pessoas. Ela traça um paralelo também com a visão que o aluno de medicina tem quando começa a realizar visitas domiciliares. Por isso mesmo, ela, que atua na Rede Docente Assistencial, faz questão de realizar as visitas domiciliares juntamente com os alunos que supervisiona no bairro Araras.

Em Porto Alegre, como aluna, todo dia a gente ia fazer visita. Uma coisa que eu vi com o tempo é que como aluna eu via mais o lado da doença. Não via a pessoa e muito menos a família. O olhar era pro problema da pessoa. Isso mudou muito mesmo. Eu tinha medo. E no início pensava

assim: como eu vou fazer sem nada na casa da pessoa. Achava que encontraria pessoas muito graves. Mas não precisa de muita coisa prá fazer visita. E também não é assim, tu não vais fazer visita prá alguém grave, que está morrendo; e se for, *tu vás saber naquele momento o que não fazer.* (Dra. Clara/bairro Araras)

O depoimento da Dr.^a Clara expressa situação comum nas visitas realizadas pelo médico de família, na Atenção Primária, que atende em geral a pacientes com dificuldade para locomover-se e com patologias crônicas e em casos excepcionais, problemas agudos ou de emergência. À medida que conhece o paciente e família e os acompanha, pode perceber de forma mais clara as condutas que pode realizar no domicílio.

7.3 PLANEJAMENTO E ORGANIZAÇÃO DA VISITA DOMICILIAR: DIFICULDADES PARA REALIZAÇÃO

Como mencionamos anteriormente, Florianópolis foi a primeira capital a ter seu território totalmente abrangido pelo PACS. Em 2000, segundo os dados do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, havia 575 agentes comunitários de saúde (ACS). Na época, a cobertura pelo PSF era bem menor, em torno de 35%. Durante a pesquisa, observamos a falta de agentes comunitários em muitas microáreas dos bairros que visitamos. Uma das queixas mais importantes mencionadas pelos profissionais era justamente a falta de agentes comunitários, o que dificulta e até mesmo impede, muitas vezes, o trabalho de equipe, pois a presença do agente para integração da equipe de saúde com a comunidade é insubstituível.

Levantamos os dados relativos à presença de ACS nesses bairros mediante o contato direto com os centros de saúde, pois acreditamos que assim teríamos uma posição fidedigna da situação no momento atual (dezembro de 2009) em relação ao final de 2007, quando iniciamos a pesquisa. Abaixo colocamos um quadro para melhor visualização (Quadro 2).

Quadro 2 - Relação dos bairros pesquisados, conforme população, número de equipes de saúde da família, microáreas e agentes comunitários de saúde, novembro 2009

Bairro	População/hab.	N.º ESF	N.º Microáreas	N.º ACS
Sabiá	19.467	3	27	9
Bem-Te-Vi	6.612	2	11	9
Pintassilgo	10.911	3	20	16
Beija-Flor	3.806	1	8	5
Canário	5.829	2	10	5
Araras	6.175	2	12	9
Andorinha	4.060	1	7	2

Fonte: Estimativa populacional IBGE/2008, número de equipes, microáreas e agentes de saúde fornecidos pelas equipes de saúde em contato direto da pesquisadora, em 24 nov 2009

Ao iniciarmos nossa pesquisa em dezembro de 2007, a falta de agentes comunitários de saúde era mencionada pelos profissionais, e foi fato observado no campo pela pesquisadora. A situação não sofreu modificação em 2009. Questão relacionada à forma de contratação dos agentes comunitários foi alegada pelas equipes, isto é, antes contratados indiretamente por entidade ligada à Prefeitura, perceberam que o trabalho como agente de saúde não oferecia estabilidade e segurança, fazendo com que muitos procurassem outras oportunidades. Atualmente (2010), o trabalho como agente comunitário no município depende de ingresso via

concurso público, e o vínculo empregatício é regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). No entanto, nos últimos dois anos (2007-2009) não ocorreu nenhum concurso para esse fim.

A situação é especialmente crítica nos bairros Sabiá, Canário, Pintassilgo e Andorinha. As condições socioeconômicas da população são mais precárias e a procura pelo serviço do centro de saúde é expressiva. A ausência do agente comunitário de saúde restringe o acesso das pessoas ao serviço, entendendo que as informações e atividades desenvolvidas pela equipe não encontram eco na comunidade. Ao percorrer as ruas com os profissionais e as agentes comunitárias, observamos a importância que as pessoas da comunidade dão ao trabalho desenvolvido. Essa importância é revestida por um sentimento de gratidão e apreço, fortalecendo o trabalho de toda a equipe e o vínculo entre a equipe e a população. Esses fatos foram mencionados pelos profissionais médicos e usuários nas entrevistas realizadas e são confirmados pelo estudo de Silva e Dalmaso (2006).

Outro problema observado e mencionado pelos profissionais é a população excessiva por equipe de saúde da família. Esse problema é mais grave no bairro Sabiá, onde a população por equipe, na época da pesquisa, ultrapassava 6.000 habitantes. Segundo as informações colhidas, uma quarta equipe estava para ser instalada no centro de saúde, no entanto, em razão das condições de vida da população com áreas de morro onde residem famílias empobrecidas, com uma demanda por assistência à saúde mais expressiva, a relação população/equipe deveria ser mais bem avaliada. O bairro Pintassilgo, embora com a população por equipe dentro do parâmetro estabelecido na Portaria de Atenção Básica/MS, sendo um

bairro com características similares ao Sabiá e com áreas de favelização, também tem uma demanda grande.

Os profissionais entrevistados têm horário definido na agenda semanal para a realização de visitas, com algumas exceções. Os centros de saúde têm horário definido para funcionamento das 8 às 12 horas e das 13 às 17 horas, mas algumas unidades têm horário estendido até as 22 horas, o que não é o caso dos centros de saúde que fizeram parte da pesquisa. Os horários das visitas, em geral, acontecem em um período semanal, matutino ou vespertino, mas algumas circunstâncias, como podemos observar na fala dos médicos, podem alterar a programação.

Eu não tenho período definido [para fazer visita domiciliar], eu alterno dias no mês, da semana, mas nos últimos 2 meses eu não tenho feito visita... às vezes tenho aluno diferente e eu acabo não fazendo visita com regularidade. Eu acho importante ter tempo disponível para visita, mas eu não criei este hábito... quem vai na verdade é o aluno com o ACS, mas acho que é importante, voltar a ter isso... Mas em função do atual currículo da Medicina, prá não ter um aluno sempre fazendo VD e não fazendo outras coisas, a VD ficou em segundo plano. (Dr.^a Rita/bairro Pintassilgo).

A fala da Dr.^a Rita, médica do bairro Pintassilgo, é reveladora nesse sentido, pois expõe a questão de que, como supervisora da RDA, não pode afastar-se da unidade de saúde, onde alguns alunos atendem os pacientes nos consultórios enquanto outro faz a visita domiciliar com o agente comunitário. O aluno que realiza a visita responsabiliza-se por relatar o caso para a médica ao retornar à unidade. A avaliação clínica do usuário que recebeu a visita domiciliar fica dependente do relato do aluno e da discussão realizada, o que pode interferir na conduta adotada para o quadro do paciente. A médica menciona uma situação específica:

Um acadêmico fez uma visita e veio com uma história, mas eu não fiquei satisfeita e fui fazer a visita e eu recomendei que o paciente fosse internado. Então ver o paciente é diferente do relato do familiar ou mesmo do ACS. Nestes termos, a diferença é pelo fato de tu veres o paciente, ver o tratamento do familiar, a conjuntura toda; a mudança é essa, a consulta é contextualizada. (Dra. Rita/bairro Pintassilgo)

O fato relatado por Dr.^a Rita foi também observado por mim quando estive no centro de saúde Beija-Flor, com Dr.^a Ester. As duas médicas estão entre as mais experientes na supervisão de graduandos do curso de Medicina na RDA. Dr.^a Ester tem uma agenda mais balanceada, isto é, seu atendimento é realizado apenas na RDA, fazendo a supervisão das atividades desenvolvidas pelos graduandos de Medicina; já Dr.^a Rita, além da supervisão, atende também, em um turno, aos pacientes da comunidade.

A situação descrita por Dr.^a Rita, quando precisou atender ao paciente visitado pelo aluno e agente comunitário, foi confirmada pelo paciente, quando tive a oportunidade de entrevistá-lo na sua residência, juntamente com a agente comunitária. A agente comunitária Joana participou da entrevista com Mário e a esposa Ângela e relata:

Eu vim um dia fazer uma visita prá ele e achei ele meio esquecido. Aí eu falei prá Dr.^a Rita: olha, eu fui na casa do seu Mário e acho que ele estava assim meio perdido, ele tava com uns lapsos de memória. E aí ela falou, vamos marcar uma visita prá ele. Ela veio e ficou apavorada com o estado dele. “amanhã o senhor vai pro hospital” (fala com uma entonação imperativa, como a médica), “o senhor vai se internar”. E ele é meio resistente, mas foi. [...]

Eu percebi pelo que ele falava, que não batia, sabe? Eu perguntava e de repente ele ficava parado, aí eu fiquei preocupada e falei com a Dr.^a Rita e ela *ordenou* que ele se internasse e ele foi, e foi a salvação dele. Se não, talvez ele nem amanhecesse no domingo, porque a gente veio na sexta e ele internou no sábado. (grifo nosso) (Joana/ACS/bairro Pintassilgo).

O alerta da gravidade do quadro clínico do paciente foi feito pela agente comunitária que *conhecia* o paciente, portanto pode descrever melhor a situação para a médica, fato que escapou à percepção do aluno que realizava a visita com ela.

A grande demanda de atendimentos no bairro Pintassilgo faz com que Dr.^a Rita priorize as atividades desenvolvidas no centro de saúde em relação às aquelas comunitárias, o que acarreta prejuízo e sobrecarga de trabalho para a equipe. Nos bairros mais populosos e com uma população residente mais pobre, como é o caso no Pintassilgo, a pressão da demanda por consultas médicas acaba por deixar em segundo plano as atividades comunitárias, especialmente a visita domiciliar.

No período de observação das atividades no centro de saúde Beija-Flor, uma aluna do curso de Medicina visitou um paciente hipertenso e que apresentava sintomas sugestivos de diabetes, segundo seu relato. Além disso, realizou visita a uma casa de asilo de idosos, que abrigava 17 pessoas. A aluna mencionou sua preocupação pelo abandono dos pacientes, alguns apresentando demência e fazendo uso irregular de medicamentos. O encaminhamento feito, após discussão da situação com os outros alunos e supervisora, foi o de realizar novas visitas com o agente comunitário para avaliar melhor a situação. Dr.^a Ester relatou-nos que, quando necessário, realiza a visita domiciliar em outros horários para avaliar a situação do paciente.

A visita ao paciente realizada pelo aluno de Medicina, também por alunos de outros cursos de graduação, com o agente comunitário de saúde é uma prática rotineira das atividades da RDA. É uma atividade importante já que faz com que o aluno veja o usuário e sua família no contexto da sua moradia, observando possíveis interações que contribuam para uma melhor compreensão dos problemas de saúde e

potenciais soluções. No entanto, a pouca experiência do aluno pode comprometer o próprio objetivo da atividade e, portanto, seu aprendizado. A presença do supervisor médico é imprescindível, a nosso ver, não só no que tange às questões próprias de conduta médica em relação ao caso, mas para troca de conhecimentos, experiências, percepções entre os participantes da atividade: paciente, família, agente comunitário, aluno e supervisor.

O encontro do médico com o paciente, como discutido anteriormente, é um momento reflexivo (Schraiber, 1993; 1997). Não pode ser substituído como algo simplesmente técnico, mecânico, algo a ser feito apenas porque faz parte de uma programação. Embora Dr.^a Rita mencione sua posição favorável em relação à VD, pareceu-nos que, ao favorecer as atividades desenvolvidas no centro de saúde, acabe por desvalorizar a realização de visitas, enquanto Dr.^a Ester consegue disponibilizar horários próprios para visitas presenciais, inclusive em turno diverso. A presença do médico supervisor nas visitas, com os alunos, ou por meio de outros arranjos, é necessária para valorização não apenas da visita em si, mas como um indicador da valorização do ensino realizado. Falta para a maioria dos alunos a noção do compromisso e a elaboração de uma tecnologia do “afetivo” no técnico, falta que é característico da uma *medicina tecnológica*, em que estão inseridos. Por esse motivo, o aprendizado com os profissionais médicos que têm experiência em realizar VD permitiria que presenciassem e participassem do processo interativo que ocorre na atividade.

Na situação descrita do estágio de alunos de Medicina na RDA municipal falta uma priorização do ensino e, principalmente, a percepção de que uma relação de cuidado está envolvida nesse contexto. A relação de cuidado, que deve ser

estabelecida na visita domiciliar, fica comprometida pela prática de uma atividade curricular que busca justamente permitir ao aluno que possa ter uma ideia de integralidade no cuidar. Como menciona Ayres (2008), a forma como os arranjos tecnológicos se configuram no cotidiano dos serviços acaba por favorecer um descolamento entre o momento do ato assistencial e o envolvimento com suas consequências e com os desdobramentos da situação dos pacientes e comunidades. O médico não pode dispensar seus sentidos e outorgá-los a outros no cuidado do paciente. O olhar, o tocar, o falar, o escutar, o perceber seu entorno são momentos únicos da experiência do contato com o paciente. Trata-se de uma experiência hermenêutica, da qualidade do não repetível e do único (Lawn, 2007).

Nesse sentido, Dr.^a Clara, que trabalha no bairro Araras, realiza visitas domiciliares em um turno da manhã, visitando os pacientes com as agentes comunitárias, e algumas no período vespertino, quando leva alunos do curso de Medicina. Não dispensa sua participação juntamente com os alunos, pois, segundo a médica “eles não têm experiência suficiente” para avaliação dos casos dos pacientes. Além do que, em sua opinião, a visita proporciona-lhe uma compreensão melhor da situação do paciente; menciona que é fundamental que os alunos possam aprender como se faz VD e a perceber as interações que nela ocorrem.

Como mencionado por Sisson (2002), as equipes de saúde da RDA acabam desenvolvendo projetos de ação isolados, não existindo um eixo coletivo de organização das atividades. Dessa forma, “cada preceptor com sua equipe faz o seu critério” (Dr.^a Ester). Entretanto, essa forma de atuação proporciona autonomia para a equipe que, juntamente com os acadêmicos, desenvolve estratégias que estão mais adaptadas às diferentes comunidades da Ilha. Dr.^a Ester desenvolveu uma

metodologia “própria” para organização das visitas domiciliares, o que podemos observar na sua fala:

A gente tem uma programação. Agora a gente fez uma metodologia, que é diferente. Cada aluno fica responsável por uma família. Eu tenho atualmente 20 acadêmicos e cada um fica responsável por um núcleo familiar. Então eles têm a seguinte metodologia. Primeiro eles conhecem a família através do olhar da agente de saúde, que acompanha este núcleo familiar. Eles recorrem ao prontuário informatizado pra saber quais foram as procuras, de acordo com os problemas de saúde. Depois, num segundo momento eles vão até a casa pra ter o olhar deles, da família no domicílio. Vão tentar fazer o genograma pra ver as relações entre os familiares, levantar as morbidades e depois, num outro momento, eles fazem uma entrevista individual com cada membro da família, no centro de saúde. E aí fica com essa relação com aquele acadêmico. Nós implementamos esta metodologia neste semestre. [...]

Eu tenho alunos agora da quinta fase até a 12.^a. Todos são responsáveis por uma família. As famílias menores, sem muitos problemas, ficam com alunos da 5.^a à 8.^a fase; famílias que têm problemas não só clínicos, mas sociais, ficam com os doutorandos, porque eles vão todas as semanas e os da 5.^a à 8.^a vão quinzenalmente. Se o aluno detecta um paciente ou família que eu preciso ver, eu vou em outro horário, dia... planejo alguma atividade que eu não precise estar no posto e vou; geralmente ou é no fim do dia porque tem que estar presencial no centro de saúde pra fazer supervisão pros alunos. As minhas visitas são feitas ou fora do horário ou com uma programação que eu não tenha que ficar no posto de saúde. (Dra. Ester/bairro Beija-Flor)

Os profissionais médicos que atuam na ESF dispõem de um período (4 horas) por semana para realizar as visitas domiciliares, no entanto, a organização fica a critério de cada unidade de saúde. Embora exista autonomia dos profissionais para a realização da atividade, a própria Secretaria, quando necessário, utiliza o horário disponibilizado para as visitas médicas com outros fins, especialmente atendimento à demanda, como menciona a Dr.^a Clara.

A gente tem, eu falo a gente porque têm duas equipes, cada um tem uma visita por mês, que vem o carro pra isso; mas nós temos, por equipe, dois períodos de visitas por mês. É pouco, deveria ser pelo menos um período por semana para cada equipe. Agora no verão, mudou um pouco porque a demanda aumenta mais um pouco, porque a gente recebe muito turista por causa da praia, então eles pegam o dia de visita da gente e colocam paciente. Nessa época, até o mês de fevereiro fica difícil fazer visita. Depende da época, tem época que como a gente visita os pacientes que são mais acamados, dificuldade de locomoção, não podem vir ao posto

então, a gente precisaria de mais disponibilidade de períodos para visitas. Realmente, deveria ser pelo menos um período por semana.[...] Outra coisa é que o dia de visita fosse sagrado. Qualquer mudança que tem na agenda, os pacientes são colocados no dia da visita e a gente fica tocando demanda. Falta ainda a conscientização de que a visita é a consulta médica para o paciente que não está vindo ao posto, porque a visita é uma consulta médica na casa. (Dra. Clara/bairro Araras)

Percebemos que embora exista, como mencionado pelos profissionais, pouca priorização pela Secretaria de Saúde em relação às visitas domiciliares, os próprios profissionais valorizam a atividade de forma diversa. Dr.^a Rita, especialmente, responsabiliza as atividades curriculares do curso de Medicina pela não realização de visitas; enquanto Dr.^a Ester e Dr.^a Clara procuram compatibilizar suas atividades assistenciais com as de ensino, incorporando a realização de visitas domiciliares individuais e com os alunos; no entanto, Dr.^a Clara responsabiliza a Secretaria pela restrição de visitas quando há necessidade de cobertura da demanda de consultas médicas no centro de saúde.

Outras dificuldades para realização das visitas domiciliares envolvem em geral questões relacionadas à infraestrutura, especialmente a falta de carro com motorista para acesso das áreas mais distantes do centro de saúde. Outro fator citado, especialmente no bairro Sabiá, foi a violência.

O que dificulta é a própria demanda e a falta de carro para realizar visita. A visita acaba sendo desmarcada ainda quando a secretaria propõe alguma outra atividade. Aí, ou a gente acaba indo com o nosso próprio veículo, mas não é muito recomendado, porque tem a questão da violência ali, né? A área de visita no morro é uma área que tem tráfico de drogas, e onde frequentemente agora está tendo tiroteios. Os policiais estão sempre lá e tem guerra de tráfico. Tem vários casos com bala perdida, ou assassinatos. A gente acaba ficando com medo de subir. A ACS que sabe e ela mesma fica sem ir visitar. Agora mesmo, na campanha de vacina [vacinação para rubéola] a agente de saúde, nesta área mais violenta, acabou não indo fazer visita, pela violência. Também pelas ações propostas pelo Ministério da Saúde, como a campanha de vacina, que acaba interferindo na rotina da unidade e atrapalhando as visitas. Ficamos sem carro para visita. E aí não só as visitas foram prejudicadas, mas várias outras atividades do posto. [São 3 equipes de saúde da família no bairro.] O carro para visita nós só temos em um

período por semana. Duas equipes usam o carro no período e a outra equipe que fica numa área mais próxima fica sem o carro e faz as visitas a pé. Mas na realidade não é tão próximo assim, porque a área vai até a universidade, só não tem morro. Nós estamos esperando um período a mais do carro; parece que já tem o carro, mas agora não tem motorista. (Dr.^a Antônio/bairro Sabiá).

A Dr.^a Lígia do bairro Canário prefere realizar suas visitas a pé, juntamente com a agente comunitária.

Como a minha comunidade é uma região que não tem uma área crítica tão grande, eu acho que dá prá fazer as visitas domiciliares a pé como a gente tem feito, mas precisaria um carro de VD dependendo das intempéries. Se alguém está com algum problema de saúde precisaria de um carro que ajudasse na locomoção.

Dr.^a Eduarda foi a única profissional entrevistada que não tinha reclamações em relação à infraestrutura disponibilizada para visita domiciliar.

As condições no centro de saúde Andorinha são melhores quanto à locomoção. A gente tem agendado carro da prefeitura, sempre disponível, o motorista vem no horário combinado; nos outros lugares em que eu trabalhei, inclusive em Florianópolis, tinha que ir com meu carro, não tinha carro disponível. Em [cita município em que trabalhou] a gente não tinha motorista, eu tinha que dirigir o carro da prefeitura; em outro não tinha nem motorista, nem carro... então, aqui a gente tem condições melhores. A infraestrutura é melhor aqui.

Em relação a uma definição de um protocolo para realização de visitas domiciliares, alguns profissionais gostariam de um protocolo definido, como menciona a Dr.^a Lígia, do centro de saúde Canário.

Há pelo menos 2 anos, todas as sextas feiras pela manhã eu realizo visitas domiciliares. Eu acho que esse tempo não é suficiente porque na visita domiciliar (VD) a gente não quer fazer só tratamento e reabilitação, mas quer fazer prevenção e promoção de saúde. Então só meio período por semana, que é o que está na portaria da Atenção Básica, para mim é insuficiente. A gente tenta seguir o que está na portaria municipal; na verdade, o secretário de saúde assinou embaixo, dizendo que é isso que ele quer, então a gente tem o respaldo de realizar VD meio período por semana; mas para mim é insuficiente se tu fores pensar em PSF, Atenção Básica, prevenção e promoção de saúde. Eu consigo fazer 5 visitas por período, porque muitas vezes é um paciente desconhecido, e eu preciso

coletar várias informações, organizar o prontuário eletrônico, de papel, conhecer a família, o domicílio, conversar um pouco do histórico do paciente com as agentes comunitárias, então todo o envolvimento que a gente precisa ter pra conhecer o paciente e mais de cinco visitas neste período fica bem difícil. A não ser que fosse alguma coisa assim, só pensando em medicina curativa e não entender a família, o domicílio, inserir esta família na comunidade. (Dra. Lígia/bairro Canário)

No entanto, os outros profissionais entrevistados não reclamaram em relação ao período semanal disponibilizado para realização das VDs pela Secretaria, com exceção do fato já mencionado pela Dr.^a Clara e Dr.^a Antônia da “pressão” da demanda restringindo a possibilidade para as visitas e, algumas vezes, levando ao cancelamento destas. Dr. Cláudio também menciona o fato, mas cita que algumas famílias “cobram” a frequência das visitas domiciliares.

Eu tinha período definido [o médico no momento trabalha em outro centro de saúde] pra visita que era terça feira, à tarde. O tempo pra visita era suficiente, porque assim... a gente tinha o costume de fazer visita pros acamados, também pra aqueles que tinham dificuldade de ir ao posto de saúde. Então, depois de ter essa demanda mais organizada, um período era suficiente. Junto tinha a reunião de equipe da área: médico, enfermeira, técnico de enfermagem, agentes, o dentista às vezes participava, o auxiliar de odonto. A gente fazia reunião, discutia durante uma hora até uma hora e meia, depois ia fazer umas três visitas domiciliares por turnos. Mas dava tempo, depois da demanda organizada, a gente conseguia fazer uma vez por semana as visitas. [...]

Têm algumas pessoas que são gratas, assim... como se a gente estivesse fazendo um trabalho além da nossa obrigação. Mas a maioria, nos últimos anos, *eu senti que tinha uma cobrança da VD*, e muitas vezes falavam: “*Poxa! O senhor demorou, hein?*” Sendo que no mês passado eu já tinha feito uma visita. “*Faz tempo que o senhor não vem, hein?*” Mesmo fazendo pouco tempo. E outras pessoas já falavam: “*Pô, mas o senhor veio a pé desde lá do posto? Não quer uma carona?*” Alguma coisa assim desse gênero. A gente sempre fazia VD a pé. Variava muito, mas era mais como cobrança, exigência, não faz mais que obrigação; botando essa pressão, assim. (grifo nosso) (Dr. Cláudio/bairro Bem-Te-Vi).

Percebe-se na fala do Dr. Cláudio irritação com o fato de o usuário exigir a visita, comparando com aqueles que “são gratos”, o que de certa forma traz implícito um questionamento quanto ao direito de o paciente reclamar do profissional médico,

ou de receber, compulsoriamente a visita, na medida em que o médico *se dispõe* a ir até a casa do paciente. O fato soa para o profissional como uma cobrança indevida, que, a nosso ver, não cabe nessa situação.

Outras dificuldades apontadas relacionam-se à organização do serviço de saúde, à questão dos recursos humanos e ao processo de trabalho, como é citado pela Dr.^a Lígia.

Prá você ter uma ideia, eu estava habituada a trabalhar com prontuário familiar. E nesta unidade, eu estou aqui há 3 anos, *não existe prontuário familiar*. Muitas vezes eu atendo várias pessoas de uma mesma família e não sei que elas são da mesma família. Eu até tento buscar essas informações na consultinha rápida que a gente faz no consultório, mas fica muito complicado porque os atendimentos são em torno de 300, 400 por mês. Depois lembrar de todo mundo... saber que a dona Maria é filha da dona Joana, cunhada da fulana e que a beltrana é filha dela... é difícil lembrar de todos, conhecer a família desta forma e essa oportunidade é dada na hora da visita domiciliar. [...]

Falta organização, um protocolo, nós já tentamos organizar, mas infelizmente *temos uma rotatividade muito grande de funcionários da nossa equipe*, muda muito. Nós ficamos mais de um ano sem enfermeira. Alguns técnicos saíram, outros vieram trabalhar aqui, mas saíram de novo, então, fica bem complicado. *Quando a gente está começando a estabelecer uma rotina tudo muda muito radicalmente*. A gente, aí precisa reorganizar e às vezes o trabalho fica perdido, como eu te falei, nós tínhamos um cadastro e tínhamos mais de 40 pacientes cadastrados com nome completo, idade, endereço, dados completos da família, quando tinha sido a última VD, quando estava planejada a próxima, uma lista de problemas de saúde, e isso se perdeu. [...]

Eu faço sempre visita com os agentes comunitários. Infelizmente a agenda de VD, até pela demanda que é grande, a médica tem a agenda dela e a enfermeira a sua, e minha visita é sempre com o agente. *Antigamente, nós tínhamos mais agentes de saúde, em torno de sete e tinha condição de fazer visita com 2 agentes, agora temos 5 e faltam mais 5*.

Outra coisa que está dificultando muito prá fazer visita é *a falta de comunicação*. Nós não conquistamos ainda espaço para uma reunião de planejamento e a gente não consegue se organizar. Não têm acontecido as reuniões gerais do posto por vários motivos. Como nós temos poucos funcionários e campanha de vacina existe meta, né? Recadastramento tem prazo, os funcionários ficam envolvidos e isso tira muito tempo e as reuniões não têm acontecido. O que acontece, às vezes a enfermeira faz uma visita, ela não tem tempo de sentar comigo, pelo menos na agenda dela não tem espaço prá isso, sentar comigo e conversar sobre a visita que ela fez que é o que está faltando para melhorar a assistência domiciliar [...] A gente poderia sentar e discutir como foi a visita, que problemas têm. *Não adianta o médico pensar sozinho, a enfermeira pensar sozinha, porque a gente é uma equipe!* Se a gente não trabalhar em equipe não vai atingir um objetivo melhor, né? (grifo nosso) (Dra. Lígia/bairro Canário)

Essas questões apontadas acima pela Dr.^a Lígia remetem-nos aos entraves que dificultam a implantação plena do SUS e em especial comprometem a qualidade da atenção à saúde na Atenção Primária. O ideal do trabalho em equipe presente na fala da Dr.^a Lígia, “a gente é uma equipe”, não foi observado no campo. Dos profissionais entrevistados, Dr.^a Ester foi a que mais incorporou a prática do trabalho em equipe, desenvolvendo seu trabalho com agentes de saúde, técnicos de enfermagem e alunos do curso de Medicina. A priorização do atendimento à demanda espontânea em detrimento das atividades de planejamento, organização do serviço e atividades de equipe, compromete a elaboração de projetos assistenciais em que o cuidado em saúde possa acontecer. A falta de um prontuário de família eletrônico foi mencionada também pela Dr.^a Eduarda, do bairro Andorinha, o que dificulta o trabalho de equipe. O comprometimento do processo de trabalho, especialmente do trabalho em equipe, como é citado, isola os profissionais, fragmenta o trabalho, sobrecarrega a equipe e leva a uma assistência à saúde de pior qualidade para a população. Para que o cuidado em saúde para determinado paciente e família possa ser desenvolvido, é necessária a corresponsabilização entre os profissionais da equipe (Peduzzi, 1998).

Em relação à solicitação de VDs pelas famílias e pacientes, seja na observação como nas entrevistas realizadas, não foi constatada qualquer dificuldade para o agendamento. Este em geral, ou é feito via agente comunitário de saúde, ou pela própria família. O serviço de visitas domiciliares é bastante conhecido pelas comunidades visitadas, embora isso seja fato relativamente recente. Poucos foram os relatos de famílias que não aceitam visitas domiciliares, como podemos ver a seguir.

Sempre tenho recebido as visitas, sem dificuldade. A minha visita eu faço assim. A minha receita vale por três meses, então quando tá vencendo eu mando chamar a consulta com ela aqui [com Dr.^a Lígia] Porque não é preciso. Quando eu vejo que o remédio tá acabando, aí eu já marco prá ela vir. [Carolina/paciente da ESF Canário]

Quem me contatou prá começar a me visitar foi o próprio posto. Foi iniciativa do posto. Pessoas que trabalhavam lá dentro. Tem várias pessoas que também recebem visitas. Tinha uma senhora que morava aqui atrás que já faleceu que recebia sempre as visitas do pessoal. Pelo que eu escutei o marido dela falar, sempre foram muito cordiais, assim como são comigo. Atualmente, com essa cadeira aqui, eu consigo ir lá. Inclusive já não solicito tanto a visita, eu já vou lá, [mostra a facilidade com que maneja a cadeira de rodas, que é motorizada]. (João/paciente da ESF, Bem-Te-Vi).

O Sr. Mário e esposa Ângela, do bairro Pintassilgo, receberam visitas da Dr.^a

Rita e mencionam que começaram a ser visitados após os problemas de saúde que deixaram o Sr. Mário com incapacidade para caminhar plenamente.

Eu acho que foi em 2003 [fala a esposa Ângela, também em concordância com a ACS Joana]. Depois que tive o primeiro derrame, aí começou a complicar e aí veio a visita [Ângela]. Ficou um tempo acamado, bem acamado aí depois ele deu uma melhorada. Ele começou a receber visita em outro lugar que morava aqui no bairro, antes de vir para cá (Mário). Nunca recebi visita antes de morar aqui no Pintassilgo, nunca tive doente. Única coisa que eu fui operado foi do joelho, do menisco só [Ângela]. Ele fez um exame lá perto onde ele trabalhava, ali na [...], a diabete dele era de 96 ou 98 parece; ele tava com a diabete normal, nunca teve diabete. Depois que deu o derrame, aí que apareceu o diabetes (Mário). Não sabia que existia visita antes de começar a receber a visita em casa. Eu sabia de conhecido que recebia visita. Mas é engraçado, porque a gente nunca precisou de médico, então não dava muita bola. Mas eu não tenho muita lembrança.

No bairro Andorinha, visitamos o Sr. José e a esposa Celina, que também souberam do programa de visitas domiciliares quando começaram a recebê-las.

Eu não sabia da visita do médico. Só aqui, no Andorinha, é que comecei a receber visita da Dr.^a Eduarda. Em casa, mesmo, há uns três anos que ele recebe visita (fala Celina) “Antes disso ele não era doente, era bem sadio.” [Celina fala que além da Dra. Eduarda, veio com ela o médico geriatra].

Em relação aos encaminhamentos, não existe um fluxo determinado, quando necessário, de atendimento hospitalar. Em algumas situações, o(a) médico(a) de família faz contato direto, por telefone ou por escrito, com a emergência hospitalar para internação de seu paciente, e em outras situações a própria família o faz. No entanto, em geral, os pacientes visitados pelo profissional procuram o centro de saúde para uma avaliação inicial.

É bastante frequente a procura do posto antes de ir para a emergência hospitalar. Lamentavelmente, o tempo que a gente tem disponível para esse tipo de atendimento é quase zero. Quando precisam eles procuram antes a gente para orientação, ou por telefone mesmo, ou o familiar vem até a unidade ou o familiar liga. Eles pedem orientação sobre o que fazer numa situação de emergência. Eu gostaria de ter pelo menos mais meio período para fazer esse tipo de atendimento.” (Dr.^a Lígia/Canário).

É difícil eles irem à emergência sem a gente saber, sem a gente ser chamado antes. Muitas vezes, quando necessário, nós encaminhamos pra emergência, eu faço encaminhamento por escrito. (Dr.^a Eduarda/Andorinha)

Eu já fiz o encaminhamento na VD, fazendo a cartinha, poucas vezes eu entrei em contato telefônico com o hospital. Algumas vezes o paciente me ligou questionando se devia ir e eu disse que sim, aí ele foi direto de casa sem encaminhamento. Eles sempre tentam primeiro a unidade de saúde. Se tem como eu fazer uma visita, da enfermeira dar uma olhada, ou ligam pra falar comigo. “Tô assim, assim...” ou “o fulano está assim, assim, o senhor acha que eu devo levar no hospital?” Sempre procuram a gente antes de ir ao hospital. (Dr. Cláudio/Bem-Te-Vi).

Dr.^a Antônia, do centro de saúde Sabiá, relata que em razão da proximidade do bairro com o Hospital Universitário, os pacientes, quando necessitam de internação, procuram diretamente àquela unidade. Já Dr.^a Clara menciona que os usuários do centro Araras não têm um padrão em relação ao encaminhamento para a emergência hospitalar, quando necessária.

É variado, acontece todos os casos. Às vezes não avisam e vão direto pra emergência, outras a gente faz a visita primeiro e avalia, vê se precisa ou

não ir para o hospital, mas a grande maioria acho que já pega e leva. Às vezes a gente fica preso pela demanda do posto. O problema que está acontecendo hoje não dá prá esperar daqui a quinze dias. (Dra. Clara/bairro Araras)

A falta da implantação do protocolo de assistência domiciliar deixa a cargo da equipe de saúde da família a responsabilidade pelo cuidado do paciente que recebe as visitas. Muitas vezes é o profissional médico que organiza a assistência, não tendo o respaldo de uma equipe ou especialistas, gerando um fator de estresse importante. Mesmo com a ampliação do quadro de especialistas pela Secretaria Municipal de Saúde, existem dificuldades para encaminhamento de pacientes para consultas especializadas e internação, sendo esta uma questão ainda de difícil solução no SUS. A própria visita domiciliar, em algum aspecto, contribui para amenizar a situação de alguns pacientes que aguardam uma consulta ou uma intervenção mais especializada, como sugere Dr.^a Lígia.

De certa forma, eu acho que tem funcionado como um calmante; a gente não consegue a solução, mas consegue resolver... ou melhor, a gente diminui um pouco a angústia e o sofrimento do paciente em estar naquela espera e, às vezes, é uma espera bem longa prá conseguir uma melhor resolutividade para o problema dele. Quem sabe uma cirurgia, ou um exame mais especializado para melhorar o tratamento dele. A gente consegue aliviar a tensão do paciente neste sentido.

Dr.^a Lígia fala da VD como um “paliativo” para o problema do paciente. A médica aponta a realização da VD como uma compensação pelo paciente não ter conseguido encaminhar determinado exame, consulta ou procedimento, dificuldade do SUS, que é contornada por pacientes que dispõem de convênio particular de saúde.

A utilização de um sistema “misto” (utilização do serviço público e convênios) para resolução de demandas reprimidas para marcação de exames foi observada no

campo e nas entrevistas. Dr.^a. Eduarda fala do seu alívio porque muitas famílias dispõem de convênios médicos e preferem realizar exames pelo convênio, por ser mais rápido do que pelo SUS e, no entanto, consultam com o(a) médico(a) de família com quem possuem mais vínculo do que com o especialista do sistema privado. Esse fato foi observado pela pesquisadora na observação das visitas realizadas pelos profissionais, quando inúmeras vezes, exames foram solicitados, e os pacientes mencionavam que os realizariam por conta própria. Embora o protocolo de visita domiciliar do município mencione a necessidade de uma equipe específica para assistência domiciliar para atendimento dos casos de maior complexidade e integração com as equipes de saúde da família, ela ainda não foi formada até o momento.

Aqui tem muito paciente que tem convênio (CASSI, GEAP, UNIMED) e eles vêm no posto prá consultar. Muitas vezes ele tem atendimento aqui, no posto, que não tem no consultório particular. Fazem exames pelo convênio porque é mais rápido e é bom, porque facilita. (Dr.^a Eduarda/bairro Andorinha)

A utilização de convênios de saúde para realização de exames complementares foi verificada na observação realizada das visitas domiciliares. Algumas famílias mencionavam que preferiam realizar os exames dessa forma devido à agilidade da marcação. Atualmente (2010), com o sistema de marcação de consultas e exames *on line*, estão ocorrendo modificações desse padrão.

Uma das questões centrais que se discute para a organização da visita médica domiciliar é a elaboração de critérios técnicos para a sua realização. Procuraremos agora discutir essa questão sob a ótica das médicas e médico de família, enfatizando que a atenção domiciliar não pode prescindir, ou ser considerada à parte, do cuidado longitudinal.

7.4 CRITÉRIOS PARA VISITA MÉDICA DOMICILIAR: PRIORIDADES E CONTEXTO

Os critérios para a visita domiciliar do médico, em geral, estão relacionados àqueles pacientes com dificuldades para locomover-se e para acesso, ou problemas agudos (urgências) em que o profissional possa interferir ao nível da Atenção Primária, conforme detalhamos em capítulo anterior. Esses critérios são genéricos e não levam, muitas vezes, em consideração o contexto de vida, os hábitos e a cultura dos pacientes e famílias atendidos. Na ESF, o profissional médico tem a oportunidade de acompanhar o paciente por longos períodos, desde que ele permaneça atuante em uma mesma equipe de saúde na mesma área. Perguntamos para as médicas e médico de família quais os critérios que adotam para realizar as VDs e o conhecimento de critérios adotados por outras equipes ou serviços, observando possíveis diferenciações, tendo em vista a ESF.

Dr.^a Rita relata o seguinte:

São principalmente pacientes acamados, com AVC, basicamente isso. Também pacientes traumatizados, um paciente que visitamos por um tempo devido à fratura exposta que foi submetido a algumas cirurgias; um menino hemofílico que estava acamado. [...]

Eu acho que essa lista [critérios], ela tem que ser feita em função da grande demanda que tem a população do bairro. Além do paciente acamado, do paciente com dificuldade de locomoção, do operado, dos traumatizados, esses são casos que precisam ser visitados. Mas se a gente tem tempo, tem dia, tem muitos casos a serem vistos. As crianças que a gente escuta de vizinhos, que tem suspeita de história de violência doméstica, criança que não tem rendimento na escola, criança que não ganha peso, gestante que não vem à consulta, eu acho que isso tudo merece visita. Não sei de outros critérios adotados em outras unidades. O pessoal da enfermagem vai muito em função de curativo, aplicação de injeção, muitas vezes fazem visita para o mesmo grupo de acamados, idosos, mas eu acho que a enfermagem tem um atendimento mais amplo, faz mais visitas em cima da questão de hábitos, eles estão com mais frequência vendo as famílias.

Essa opinião de que a enfermagem tem um atendimento mais amplo, ou pelo menos, os critérios para VD dos profissionais da enfermagem sejam mais abrangentes, também é corroborada pela Dr.^a Lígia.

Eu acho que tem que ampliar muito os critérios e criar novos critérios para VD, não só para o médico, mas para a equipe inteira. Os técnicos de enfermagem e a enfermeira fazem visita para fazer curativos, retirada de pontos, para aferir PA [pressão arterial] e HGT (glicemia capilar), para distribuir preservativos, conhecer os pacientes novos que estão morando na área. Tem uma família lá que está procurando muito o posto, os profissionais já perceberam que é uma família mais carente, com muitos problemas de saúde, então a enfermeira vai para conhecer a família e saber da situação. Ver casos de violência, maus tratos, negligência até no cuidado com as crianças... Busca ativa, vacina atrasada... gestante que faltou pré-natal, hipertenso que faltou a consulta do hiperdia. *Os critérios para quem não é médico são muito mais amplos*, como o médico tem esse meio período por semana, pelo curto espaço de tempo e o número limitado de visitas, elas acabam ficando mais para acamados e com dificuldade de locomoção. Eu acho errado, não é por aí, não. Tem muito mais pra ser feito. (grifo nosso) (Dra. Lígia/bairro Canário)

Dr.^a Lígia imprime um discurso idealizado de prevenção, relacionando critérios mais abrangentes para VD ao trabalho de enfermagem, mas quando observamos visitas realizadas com a profissional, algumas questões básicas de prevenção de acidentes no domicílio deixaram de ser focalizadas. Em contrapartida, a profissional culpabiliza o planejamento central da Secretaria por não realizar mais visitas com essa finalidade.

A Secretaria da Saúde não tem elaborado orientação específica para realização de VDs, sejam elas realizadas pelo profissional médico ou pela equipe de enfermagem. O que ocorre é que a enfermagem pode realizar visitas em períodos mais flexíveis que o médico, em função da “menor necessidade” da permanência deste no centro de saúde. Esse fato, entretanto, não significaria, necessariamente, que o profissional médico atenda apenas aos acamados, ou que promoção e prevenção de saúde não possam ser feitas nessas condições. Ela menciona os motivos pelos quais

realiza visita domiciliar mais comumente: deficiência física (congenita e adquirida devido a acidente de trânsito), doenças osteoarticulares deformantes, deficiência mental, sequelas de AVC, doenças crônicas incapacitantes como DPOC (doença pulmonar obstrutiva crônica), infecção aguda como pneumonia, infecções de pele como erisipela e pacientes deprimidos. No entanto, reforça que:

Visita não é só para quem não pode vir ao posto de saúde, prá quem não pode se locomover. Eu acho que a maioria das unidades está prestando este tipo de serviço. Se a pessoa é acamada, tem dificuldade de locomoção, então eu vou visitar na casa. Agora fora isso, as pessoas têm que vir até a unidade. Mas eu acho que é um critério muito limitado, a gente precisa organizar a visita para prevenção e promoção. (Dra. Lígia/bairro Canário)

Dr.^a Eduarda relaciona, de forma geral, problemas similares aos mencionados pela Dr.^a Lígia, dizendo que “a hipertensão arterial e o diabetes é que são as causas dessas catástrofes na saúde.” E continua:

Eu não sei sobre critérios. Basicamente, pacientes que têm dificuldade de locomoção até o posto... Eu até incentivo assim, se pode, pega o filho pelo braço ou o neto e vem, pelo menos sai um pouquinho de casa. Se arrumar um pouco, passar um batonzinho, fazer uma confraternização, é uma atividade diferente sair de casa. A gente dá preferência pras pessoas que têm dificuldade prá sair de casa; também pelo tempo, um período na semana, três visitas. Paciente que está em uso de algum suporte e precise de orientação, insulina, oxigenioterapia, quando a família tem dificuldade, às vezes depois de uma alta hospitalar; depois de um AVC, a família não consegue lidar com aquilo... esse paciente vai precisar de uma orientação maior, e é preferível fazer em casa do que no consultório, porque a gente já vê as condições. Critérios...é complicado estabelecer critérios. Tem casos e casos. (Dra. Eduarda/bairro Andorinha)

Como referimos anteriormente, as médicas questionam os critérios das VDs realizadas pelos médicos em relação às visitas dos profissionais da enfermagem, creditando ao tempo reduzido de um período semanal que é disponibilizado para a atividade a causa por restringirem, em geral, suas visitas aos pacientes com dificuldades para locomoção ou idosos. No entanto, ao nosso entender, essas

questões estão relacionadas ao processo de trabalho médico e afetam o trabalho de equipe. Vários estudos abordam o trabalho médico de forma aprofundada, discorrendo como as atividades desenvolvidas pelo médico se apoiam em tecnologias que estão integradas à organização da sociedade capitalista e de consumo (Schraiber, 1993; 1997; 2008; Mendes Gonçalves, 1994; Scambler; Britten, 2001; Conill, 2002; Starfield, 2002; Merhy, 2003; Cunha, 2005).

O trabalho médico está voltado para a assistência curativa, fragmentada e integrado à *medicina tecnológica* dos dias atuais. Sair para fazer VD, tendo o médico a oportunidade de realizar prevenção e promoção de saúde ou apenas conversar significa “um desperdício”. Esse desperdício significa deixar de realizar mais consultas voltadas para a assistência curativa no centro de saúde para realizar um atendimento domiciliar que demanda um tempo maior, como consulta domiciliar, e, portanto, realizada em “quantidade menor”, se comparada com as consultas realizadas no consultório médico. Embora percebamos a importância da assistência médica curativa, entendemos também que essa visão está integrada a um modelo de organização social que prima pela produtividade, em detrimento, muitas vezes, da qualidade, desvalorizando a prevenção e promoção da saúde. Essa “desvalorização”, nós poderíamos dizer, é percebida de forma subliminar nas falas das médicas acima, especialmente Dr.^a Lígia, que apresenta um discurso “politicamente correto”, embora na prática continue realizando visitas, na sua maior parte, para pacientes acamados e tendo na assistência curativa o foco principal.

Dr.^a Clara e Dr.^a Antônia, especialmente, deixaram claro nos seus depoimentos que muitas vezes em razão da demanda ou outras atividades promovidas pela Secretaria da Saúde, o período de visita domiciliar é suprimido. Prioriza-se a

consulta realizada no consultório, que pode ser realizada de forma mais rápida, atendendo a um maior número de usuários. O trabalho de prevenção e promoção fica a cargo da enfermagem e, nessa lógica, é “desvalorizado”. O “fetiche” do poder médico, que envolve o trabalho de outros profissionais, enreda as pessoas e envolve a equipe, fato que se observa na Atenção Primária, justamente pela necessidade do “trabalho em equipe” (Mendes Gonçalves, 1994). A racionalidade médica centraliza o poder por ser, na sociedade capitalista em que vivemos, considerada “genuinamente” científica e assumida como verdadeira, desvalorizando os conhecimentos de outras áreas de saber (Schraiber, 1993; Mendes Gonçalves, 1994; Ayres, 2002).

Em Florianópolis, como já referido, poucos centros de saúde não integram a RDA. Os centros de saúde Canário e Andorinha, em razão de questão relacionada à infraestrutura, não recebem alunos da graduação da área da saúde para estágios. A presença do estudante mobiliza a equipe, de certa forma, mesmo que não exista uma diretriz coletiva que oriente as atividades nos centros de saúde, o que é mencionado na tese de Sisson (2002).

Esse fato foi notado no campo, quando observei o trabalho da Dr.^a Ester, supervisionando os acadêmicos do curso de medicina. O centro de saúde Beija-Flor tem um padrão diferenciado de atendimento no período vespertino em função do estágio e internato do curso de medicina. Essas atividades não se restringem aos acadêmicos, pelo contrário, como mencionou a Dr.^a Ester, elas envolvem toda a equipe, incluindo as agentes comunitárias. Essa possibilidade, mesmo com todas as dificuldades mencionadas pelas supervisoras médicas, tem importante papel, pois permite ao aluno vivenciar a prática médica junto da comunidade e com profissionais

da área da Medicina de Família. Ocorre ainda, como pudemos observar, um compartilhar de conhecimentos no sentido da busca de uma melhor alternativa terapêutica para a situação vivida pelo paciente e sua família, não apenas com os alunos, mas envolvendo agentes comunitárias e enfermagem. O estudo de Giovanella (2009) coloca a Rede Docente Assistencial do município de Florianópolis, campo de prática para a graduação, como uma atividade de cunho inovador.

O elenco de critérios para VD pelo profissional médico, na Atenção Primária, passa necessariamente por uma reflexão prática do próprio trabalho do médico na equipe de saúde. Algumas pistas nos são dadas pelo Dr. Cláudio, Dr.^a Clara e Dr.^a Ester.

Uma coisa que eu comecei a notar é que eu fazia VD praticamente só para as pessoas acamadas. Depois eu fui vendo que eu tinha uma demanda dentro do consultório que exigia, que pedia uma VD prá determinada família, prá determinada criança, prá determinado paciente de saúde mental e eu demorei prá começar a colocar isso em prática. (Dr. Cláudio/Bem-Te-Vi).

Dr. Cláudio utiliza o termo “exigia” no sentido de que, para ele, a VD não deve restringir-se aos pacientes acamados. Isso porque, na sua prática diária, percebia que a VD poderia ser uma ferramenta de auxílio importante para elucidação de situações que, na consulta, no centro de saúde, era limitada. Ele aproveitava a reunião de equipe semanal para discutir as situações dos pacientes com a equipe e depois, então, sair para visita domiciliar com as agentes comunitárias. Esse fato contribuía para que todos pudessem tomar conhecimento do “caso” e auxiliar na busca das alternativas possíveis. Dr. Cláudio menciona que os critérios para VD devem ser flexíveis.

No momento em que o médico, a enfermeira ou mesmo o técnico achar que a realização da VD vai ser melhor pro tratamento daquele paciente... Às vezes, alguma dificuldade que a gente encontra no consultório. Eu me lembro de um paciente que no consultório eu não estava conseguindo

entender e eu tinha a sensação que faltava alguma coisa, mas acabei não fazendo a VD porque vim, agora, para o... [no momento, havia sido lotado em outro centro de saúde]. Mas já tinha passado o caso prá enfermeira. Acho que qualquer possibilidade que vai esclarecer uma situação, que vai ajudar no andamento do tratamento, assim... Já teve caso, por exemplo, paciente na perícia do INSS, que está precisando da perícia, que não melhora, aproveitei pra fazer uma visita meio de surpresa. Estou dando exemplo, prá ver se tem condições, se está trabalhando, se está em casa com a porta fechada e não sai de dentro, então, às vezes, eu acho que montar critérios específicos, difícil! Acho que dá pra montar prioridades. Conhecendo a demanda e os pacientes que tens. Aí vai depender da demanda que tens pra encaixar outras visitas por outros motivos.

Primeiro, é a família saber que eu vou fazer VD naquela casa, tirando as VDs de surpresa, prá identificar alguma coisa. A gente já pegou, por exemplo, abuso de idoso, negligência, a gente sabia que nas VDs programadas o ambiente estava completamente maquiado. Cláudio/bairro Bem-Te-Vi)

A VD “surpresa” reflete aqui o controle médico sobre a vida e a privacidade das pessoas. O fato de ser médico (ou qualquer outro profissional) não lhe dá o direito de invadir a privacidade do paciente e família. Sabemos, entretanto, que em algumas situações com implicações legais, como negligência com idoso, ou maus tratos, a VD surpresa pode ser uma estratégia. Mesmo assim, questionamos a atitude, pois no contexto de cuidado longitudinal essa prática não deveria aplicar-se, pois toda possibilidade de comunicação acaba por ser tolhida. Além do Dr. Cláudio, a Dr.^a Clara mencionou a prática de visitas surpresas. A médica mencionou que as realiza em situações de suspeita de negligência, maus tratos, quando existe alguma denúncia realizada por vizinhos, ou solicitação do conselho tutelar. Dr.^a Clara relatou uma situação de mau trato de uma idosa que foi percebida no curso de uma VD, que realizou sem aviso prévio. Com isso pôde conversar de forma aberta com a família, chamar a assistente social para dar um apoio e com isso melhorar a condição de cuidado da paciente. Nessa situação, a autoridade funcionou como proteção para a paciente, mas também auxiliou a família a perceber seu papel no cuidado.

Entendemos o fato como uma questão bastante polêmica em razão do limite tênue entre o tipo de atuação que ocorreu e uma atuação tipo policial. Dr.^a Clara explica desta forma:

Há alguns anos, eu visitei uma idosa, que até já faleceu, quando a gente chegou na casa ela estava toda cheia de cocô nas mãos, cheia de mosca em cima, dava prá ver que era coisa de horas. Podia ser no momento que sujou, mas tinha comida derramada por cima, era mau trato isso. Chamamos a assistente social prá dar um reforço, e é importante que eles vejam que a gente viu. Depois disso a coisa mudou bastante. Chamamos os familiares, conversamos, melhorou bastante. Dependendo da situação, se você avisar, não vai ver o que acontece com a pessoa. (Dra. Clara/bairro Araras)

Dr.^a Clara, que trabalha com acadêmicos de medicina no centro de saúde, menciona que os critérios que adota vão, esporadicamente, além das visitas aos pacientes acamados. Vejamos:

A gente tem vários pacientes acamados por problema de AVC, diabéticos, hipertensos. Tem uma paciente que tem diabetes, hipertensão, e é extremamente obesa; alguns que nasceram com problemas cerebrais; a grande maioria são idosos mesmo, e acabam não tendo condições de vir ao posto. Às vezes, gestantes prá ver como está a situação familiar, crianças de risco, a enfermagem vai e dá uma avaliada, precisando a gente acaba indo também. São casos mais esporádicos, não é que todo mês a gente vá fazer esse tipo de visita, mas de vez em quando a gente vai. (Dra. Clara/bairro Araras)

Para Dr.^a Clara, a adoção de critérios específicos pode cercear a realização de visitas domiciliares médicas. Ela remete-se ao fato de que no seu centro de saúde, muitas vezes, na temporada de veraneio, as visitas não são realizadas pelo grande fluxo de turistas, e com critérios técnicos rígidos pioraria a situação.

Eu acho complicado, porque *nem sempre é fácil sair prá fazer visita e se tu vás podar mais ainda*, vai ficar difícil... porque se deixar pela secretaria, pela gestão, *eles querem que tu toques ficha*. Eles não veem muito essa coisa da visita, agora a gente pode fazer, mas às vezes não tem horário... eu vejo que a gente vai começar a fazer critérios e de repente a gente não consegue mais fazer a visita. A gente conhecendo a comunidade, o agente de saúde me fala que alguém está precisando de uma visita, vê uma situação que a gente acha que é necessário, *não custa*

fazer a visita, mesmo que a pessoa tenha condições de vir ao posto. Se é alguma questão de família, se tem alguma coisa que se possa ajudar. (grifo nosso). (Dra. Clara/bairro Araras)

Como já mencionamos, a Secretaria não estimula a prática da VD, embora estipule que sejam realizadas semanalmente. Fica claro que o estímulo da gestão se integra, especialmente na produção de consultas médicas no centro de saúde, entretanto critérios técnicos, com certa flexibilidade, são necessários para organização da demanda de visitas e para o não favorecimento de algumas famílias em detrimento de outras.

Dr.^a Ester não estabeleceu critérios específicos. Eles podem variar, dependendo do contexto e das necessidades encontradas pelos pacientes e famílias com as quais os acadêmicos trabalham, a partir da discussão com as agentes comunitárias.

Os critérios que a gente adota é a partir do contato com a agente comunitária da área. Quando tem uma busca ativa, um faltoso, e que o motivo foi um impedimento, um motivo físico, ficou acamado e não veio, aí a gente faz essa visita. Agora com esse novo modelo que a gente está implementando com os alunos, cada um tem responsabilidade com uma família, então eles já vão prá esse treinamento prá conhecer a família no domicílio, para verem como interação, como é o meio ambiente familiar, o relacionamento. Depois ele marca atendimento no centro de saúde. Quem traz é o agente de saúde, ou há algum um problema de saúde mais agudo e ligam pro centro assim. Essa semana uma vovó de 92 anos relatou que está com dor de ouvido e não consegue escutar mais. Não consegue caminhar e vir ao posto, aí a agente de saúde levou o médico (o acadêmico). Tem uma paciente que é diabética insulino-dependente e desmaiou. Se viu que ela não consegue fazer a dosagem, às vezes não toma a insulina, quem aplica não está disponível. Tem que chamar outra pessoa pra aplicar. Esta podia vir, mas precisava ir a casa prá ver as condições e o esquema da aplicação da insulina. (Dra. Ester/bairro Beija-Flor)

Os relatos permitem-nos ver que o trabalho próximo do médico de família com a população propicia um enfoque diferenciado da prática e suscita questionamentos e procura de formas que melhor possam atender às necessidades dessa comunidade. Essa situação permite uma maior interação e a perspectiva de outros cenários de prática como o domicílio, a escola, a igreja, a associação de moradores, entre outros.

Assim, os critérios, segundo os profissionais entrevistados, não podem ficar restritos ao quadro mórbido do paciente, a idade, ou a dificuldade para locomoção. Esses critérios precisam estar integrados à realidade de vida da população e ser discutidos com a equipe de saúde, uma vez que se trabalha na perspectiva da Atenção Primária. O que os profissionais deixam claro é que a realização da VD é fundamental para a sua prática diária e em algumas situações, inclusive, há necessidade de realizá-la em mais de um período semanal. Uns a priorizam, e outros não, atribuindo à Secretaria as dificuldades para realizar a VDs.

7.5 O MÉDICO DE FAMÍLIA E A CLÍNICA GERAL EM DOMICÍLIO

Querendo ou não, aqui [no consultório] a gente é médico com guarda-pó, atrás da mesa. É bem mais fácil ser médico aqui do que ser médico do lado da cama, sentado na cama do paciente. Isso me dava certo receio, saber lidar com a família dentro da casa dela. Isso é uma coisa importante prá gente. *Isso é um aprendizado*. Não é qualquer um que consegue fazer esse tipo de trabalho. Querendo ou não a gente se expõe mais quando está na casa da pessoa. No início, quando a gente não tem muita prática, isso é o que mais dificulta, mas à medida que vai fazendo, com a prática, vê que a visita só facilita, só ajuda. Eu acho que é um dos grandes diferenciais do médico de família. Porque é lá no ambiente da família que a gente consegue perceber muitas coisas; eu acho fundamental. (Dr.^a Clara/Araras).

A visita é importante porque você sai daquele papel do centro de saúde que é *artificial* e está indo ali prá ver aquele paciente na sua casa, com a sua cultura, hábitos, que pode ser bom em relação àquela doença ou não. É outra qualidade de atendimento. Como é que está o ambiente? Se há uma ventilação adequada, se há fungos... O idoso prá ver se tem riscos, se tem degrau. Completamente diferente estar na casa do que no consultório. (grifo nosso) (Dra. Ester/Beija-Flor).

Os excertos acima remetem-nos à reflexão de algumas passagens do livro *Nascimento da Clínica* (Foucault, 2006). Nos séculos XVII e XVIII, especialmente, os cuidados médicos eram realizados no domicílio para as famílias mais abastadas, sendo a observação e a espera condutas essenciais para a condução terapêutica do

caso. Com o desenvolvimento científico e tecnológico, a medicina ganhou um arcabouço de conhecimentos e equipamentos importantes e fundamentais, centralizando nos ambulatorios, clínicas e hospitais grande parte das atividades e perdendo, assim, muito do contato pessoal. A consequência foi o distanciamento, o alheamento, a quebra do vínculo médico-paciente que, no Brasil, é observado a partir de meados do século XX (Schraiber, 1993; 1997; 2008).

A possibilidade de visitar os pacientes nas suas casas, com a incorporação do médico de família na equipe, conhecendo as famílias, o modo de viver, seus hábitos e costumes, e o fato de o profissional permanecer numa mesma comunidade, permitiu que o vínculo terapêutico e de confiança se estabelecesse, com repercussões positivas na condução do tratamento. Podemos observar no relato de alguns pacientes, inclusive de Mário, que é acompanhado pela Dr.^a Rita, o seguinte:

Bom demais, bom demais! Eu gosto dela como uma mãe (fala da médica). Ela atende bem demais. Não sei se toda pessoa é assim! Mas ela é muito camarada. Eu gosto dela, magrinha, coitada! Desde o dia que ela me mandou pro médico (para o hospital). Foi ela que me salvou. *Muita gente não dá valor prá médico de posto, pois eu dou. Dou valor que nem fosse médico bom de hospital.* (grifo nosso). (Mário/paciente bairro Pintassilgo)

O paciente julga Dr.^a Rita tão boa médica quanto *médico de hospital*. A concepção do Sr. Mário é que o médico bom é aquele que atende no hospital. É o profissional que solicita exames, realiza procedimentos invasivos e domina uma tecnologia avançada. Entretanto, como um clínico geral, como médico que atende a toda a família de forma integral, o médico de família deve dispor de *tempo* para que o acompanhamento possa trazer benefícios no tratamento dos pacientes. Na Atenção Primária, o cuidado longitudinal permite que o médico *não se apresse em fornecer um diagnóstico*. O médico de família tem, então, a oportunidade de, acompanhando o

paciente, com o apoio da sua família e das pessoas da equipe, desenvolver uma série de cuidados terapêuticos cujo objetivo é a melhora do paciente. Essa melhora pode não estar, necessariamente (embora se procure por ela), em atingir determinada meta terapêutica, ou determinado êxito técnico, mas em buscar uma qualidade de saúde que seja compartilhada entre paciente e família, caminhando na direção do sucesso prático (Ayres, 2008).

Isso significa que muitas vezes o projeto terapêutico não envolve o diagnóstico e até mesmo a cura, mas a melhoria da qualidade de vida e de saúde do paciente. Como já falamos, na prática da Atenção Primária, o médico lida com problemas de saúde complexos e bastante indiferenciados, e é frequente que o paciente se restabeleça sem ter sido feito qualquer diagnóstico prévio. Portanto, o importante na prática cotidiana do médico de família é observar, acompanhar, tratar, e também deixar de intervir de forma desnecessária, ou iatrogênica, respeitando a autonomia do paciente e estimulando o auto cuidado. Podemos observar este fato em uma situação descrita por Dr.^a Ester, abaixo:

Tenho uma vovó [...] que é diabética, hipertensa e cardiopata. Vinha no consultório durante três, quatro anos. Ela tem agora 87 anos. Houve um problema sério que abriu uma ferida na perna, uma úlcera, muita dor, e ela não podia mais deambular. Fazíamos a consulta domiciliar; até que essa ferida chegou a lesar o nervo. Eu tive que encaminhar pro cirurgião no Hospital Universitário. O cirurgião queria amputar o pé. A paciente e a família não queriam. Decidimos tratar e nós bancamos isso. Chamamos uma enfermeira [...] que faz um trabalho de cuidado de feridas. Ela não amputou e isso já tem quase 5 anos, mas ela não pode deambular, porque houve uma ruptura do nervo e ela ficou com uma atrofia. O envolvimento da família, ela é uma matriarca que tem 8 filhos, 15 netos, 3 ou 4 bisnetos... O envolvimento de todos juntos foi muito bom. E a relação não só com ela, mas eu fiquei médica de toda essa família. Desde os bebês até os mais velhos. Depois tiraram fotografia e mostraram pro cirurgião que ela não tinha precisado amputar. (Dr.^a Ester/Beija-Flor).

Existem tantas outras situações em que o profissional, à medida que estabelece um vínculo de confiança com o paciente e sua família, tem a oportunidade de acompanhar, estabelecendo condutas de forma compartilhada. O que a paciente e sua família desejavam, nessa situação, era que a senhora não sofresse uma intervenção tão drástica cujas consequências não poderiam precisar. Ante a possibilidade de ter um pé amputado, com o apoio e a confiança na médica, resolveram “apostar” no tratamento conservador da lesão, juntando o trabalho da enfermeira ao projeto. Além disso, o envolvimento transformou a relação, inicialmente existente apenas com a idosa, para com toda a família, fazendo com que Dr.^a Ester assumisse o acompanhamento de crianças e adultos.

A presença atuante do profissional médico na comunidade, assim como uma formação clínica que dê respaldo para atuação junto aos problemas de saúde prevalentes, e uma comunicação efetiva são fundamentais para que o vínculo aconteça, fazendo com que o domicílio proporcione ao médico possibilidades também de aprendizado e crescimento profissional.

O relato do Dr. Cláudio demonstra que a clínica pode ter no domicílio um aliado importante para elucidação de diagnóstico quando se faz necessário. Não apenas por ter mais tempo para a consulta, mas o ambiente onde o paciente se encontra, sendo o domicílio ou o consultório, pode influenciar o processo, especialmente nas situações que envolvem o sofrimento psíquico, que é a situação mencionada pelo médico.

Uma paciente foi um caso bem interessante. Eu estava com suspeita que a paciente tivesse algum grau de demência e prá fazer um minimal (interrogatório sumário clínico que avalia o estado de saúde mental), eu só poderia fazer fora do posto de saúde. Fazer aquela consulta com calma, sem sentir a pressão, eu só conseguiria fazer numa VD. Foi o que aconteceu. Fui fazer a visita e com calma, com segurança, consegui excluir o quadro de demência daquela paciente. Na verdade, ela tinha um

quadro meio misto de transtorno de humor. (Dr. Cláudio/bairro Bem-Te-Vi).

A Atenção Primária requer profissionais que possam lidar com problemas que muitas vezes não têm, ou podem nunca ter um diagnóstico definitivo. Esses problemas podem ser diagnosticados ao longo do tempo, e o profissional necessita de uma formação que possa abarcar aqueles problemas de saúde mais comuns que acometem as pessoas (Starfield, 1994; McWhinney, 1997). Portanto, uma formação integrada à Clínica Geral é básica para que os profissionais possam ter um desempenho que contemple essas situações (McWhinney, 1997; Duncan et al., 2006). Este é o caso dos profissionais médicos que entrevistamos.

Eu acho que com a visita a gente consegue identificar problemas que no consultório a gente não consegue identificar. Por exemplo, uma paciente de saúde mental que o medicamento precisa ser administrado diariamente e depende do marido. Quando a gente tem contato com o marido, ele é completamente ausente, não tem filho, não tem alguém que possa ajudá-la com aquela medicação. Seja saúde mental, diabético, hipertenso, enfim... Então aquela cobrança que às vezes a gente faz no consultório: “Pô! Dona Maria, a senhora não está tomando o remédio direito! E coisa e tal, por isso a senhora não melhora!” Quando entra na casa da pessoa consegue identificar o que poderia estar contribuindo para que aquele tratamento não esteja dando bom resultado. E aí a gente consegue trazer o exemplo para os outros pacientes. (Dr. Cláudio/Bem-Te-Vi).

A fala do Dr. Cláudio deixa evidente que a VD pode tornar-se um espaço em que o aprendizado no domicílio possibilita a incorporação de novas práticas, inserindo-as na consulta realizada no centro de saúde. Nesse caso, a VD torna-se um espaço que possibilita a apreensão de outras necessidades de saúde, coerentemente com o que Schraiber e Mendes Gonçalves (2000) expressam com “contexto instaurador de novas necessidades”.

Uma questão importante para o acompanhamento dos pacientes é a infraestrutura das moradias e que pode passar despercebida, por mais básico que seja, a não ser quando se realiza a visita no domicílio, como descreve a Dr.^a Eduarda:

Eu me lembro, quando eu trabalhava [em outro bairro], tinha uma paciente que morava num lugar que não tinha luz elétrica. Eu não sabia, porque eu a atendia há pouco tempo. Ela era diabética insulino-dependente. Na realidade, ela tornou-se insulino-dependente, porque era tipo 2 e em uso de insulina. Ela vivia descompensada, sempre descompensada, descompensada... Aí resolvemos fazer uma visita domiciliar. Ela morava numa casa que não tinha luz, e ela usava a geladeira da vizinha prá guardar a insulina. Então, com ela foi modificada a conduta, e ela começou a fazer a insulina no posto de saúde, porque nem sempre a vizinha estava em casa.

A interação com o paciente, sua família e o reconhecimento pelo médico das condições em que vivem as pessoas e famílias é condição básica para que possa realizar um bom acompanhamento, entendendo até que ponto pode aplicar determinado tratamento, ou se esse tratamento é pertinente para o caso, por mais que esteja determinado por algum protocolo. É o que podemos apreender do depoimento do Dr. Cláudio sobre o acompanhamento de uma paciente diabética.

Uma paciente diabética [que atendeu em outro município, no início da vida profissional] estava cega devido à retinopatia. Não saía de casa e morava no alto do morro. Os vizinhos é que levavam comida e ajudavam. Estava sempre com a glicemia nas alturas. Até que um dia na VD a gente conseguiu instituir uma insulino-terapia de uma dose só por dia. Ela melhorou muito. Lá não chegava ambulância, ninguém conseguia levá-la ao hospital, com aquela doença ia falecer. Com um curso de visitas, conseguimos estabilizá-la junto com a ajuda de uma vizinha que ia lá fazer a aplicação e ajudar nos remédios. E a paciente melhorou bastante, ficou muito grata. A gente viu que fez a diferença. (Dr. Cláudio/bairro Bem-Te-Vi)

Saber como vivem as pessoas que são atendidas pelo médico e pela equipe de saúde é, certamente, uma questão importante para o acompanhamento clínico, em qualquer área da medicina e da saúde. Na prática da equipe de saúde da família e do

médico que realizam o atendimento da população é primeira condição para que possam atuar de forma integrada, procurando desenvolver ações que sejam do interesse dos usuários. O anseio em conhecer as famílias que são atendidas é expresso pela Dr.^a Lígia:

Eu acho que a primeira coisa que o médico tem que fazer é visitar casa por casa, domicílio por domicílio, porque você precisa conhecer a comunidade em que você vai trabalhar. Eu sei que têm pessoas morando nesta área que são pessoas acamadas ou que não podem vir ao posto e que não procuram o serviço por outros motivos. Eu não os conheço e gostaria de conhecê-los. Algumas pessoas da enfermagem e técnicos já conhecem. Então eu sei que eles estão no cadastro. A gente tem um cadastro dos pacientes que são visitados, eu sei que os prontuários estão ali, mas eu nem os conheço ainda. Não conheço os problemas que eles têm, não conheço a família, o domicílio, né?

A fala da Dra. Lígia está contida num discurso idealizado e podemos nos perguntar se o médico precisaria “visitar casa por casa” e “conhecer toda a comunidade”, já que, em geral, nem os profissionais da enfermagem ou mesmo os agentes comunitários o conseguem. Todos os profissionais entrevistados mencionaram a importância do reconhecimento da comunidade onde trabalham, no entanto, deixaram clara a necessidade da adoção de critérios para realização das VDs, mesmo com um caráter mais abrangente. Os relatos dos pacientes e seus familiares, dos profissionais médicos, assim como nossa percepção ao caminhar pelos bairros com as agentes de saúde são unânimes na satisfação em realizar as visitas, para os profissionais, assim como de recebê-las, para as pessoas que encontramos.

Eles gostam muito da visita domiciliar do médico. A grande maioria gosta muito, e mesmo aqueles que em algum dia não te recebem muito bem, porque eu cheguei oito e meia, nove horas na casa do paciente e ele achou que cheguei muito cedo. Expliquei que a gente começa a trabalhar cedo, porque tem várias casas prá visitar e a dele acabou sendo a primeira. Mesmo assim, este paciente na outra visita, eu não pude ir e só foi a enfermeira, então ele perguntou por que a médica não tinha ido. Não é

que ele não tinha gostado da visita, não tinha gostado do horário. Isso aproxima a gente do paciente. (Dr.^a Clara/Araras).

Dr.^a Lígia expressa sua percepção a respeito da opinião dos usuários em relação à visita médica e da sua própria satisfação em saber que seu trabalho é valorizado.

Eu acho que eles dão bastante importância à visita domiciliar não apenas do médico, mas da enfermeira, do técnico de enfermagem, porque eles encaram como uma ajuda, um apoio para cuidar do familiar que está com problema de saúde. Eles valorizam muito. Uma vez que eles estão sendo acompanhados em visita, eles buscam sempre essa ajuda e esse apoio. Ficam muito gratos. Eles gostam de receber orientação, explicação, de trocar ideias e mostrar o que eles têm feito por iniciativa própria, o que está funcionando. Percebo que ficam orgulhosos que estamos estimulando a cuidar do familiar doente e buscar alternativas para ajudar no cuidado. É muito gratificante ver que eles valorizam mesmo o nosso trabalho. *Nós nos sentimos muito bem acolhidos.* (grifo nosso) (Dra. Lígia/bairro Canário)

Dr.^a Lígia deixa claro que o trabalho da equipe é fundamental na assistência domiciliar. Percebemos isso em todas as visitas, especialmente em relação ao trabalho das agentes comunitárias que estão integradas à comunidade, fortalecendo o elo entre a população e o serviço de saúde. O depoimento de Francisca, no bairro Canário, expressa isso.

Eu me sinto muito bem, eu fico feliz quando ela (Dr.^a Lígia) vem. Ela é uma pessoa muito especial. Eu gosto muito da visita dela e da visita de vocês [olha para mim e para as agentes]. *Eu gosto da visita dela não é porque ela é médica, mas porque é uma pessoa muito dedicada. Ela cuida bem da gente, ela é uma pessoa legal, é médica e é uma pessoa muito legal.* Às vezes é muito remédio, aí eu me atrapalhava muito, eu nunca tive estudo nenhum. Aí eles vieram e deixaram tudo no papelzinho, os horários prá eu tomar os remédios e graças a Deus eu consegui. Quando eu me atrapalho um pouquinho, peço pras meninas (as agentes de saúde) olhar prá mim. (grifo nosso) (Francisca/paciente bairro Canário)

Esse sentimento de gratidão foi expresso em várias entrevistas, embora em uma ocasião, quando entrevistamos o casal Mário e Ângela, no bairro Pintassilgo, pudéssemos perceber que acreditavam ser “um favor” da médica a visita que

recebiam. As outras entrevistas demonstraram que os pacientes sabiam do “Programa” e entendiam como um direito seu a visita no domicílio. Entendiam, também, como podiam realizar o agendamento e inclusive a periodicidade. Embora as famílias apreciem as visitas realizadas, existem pessoas que não as aceitam, e o fato, segundo os profissionais, é respeitado pela equipe.

Eu acho que a maioria gosta da visita, tem raras exceções, assim... A gente tem um paciente muito difícil que é surdo. Ele mora sozinho, é tuberculoso e precisa de acompanhamento. Mas ele não gosta que a gente vá lá. A gente tem que praticamente conversar com ele no portão. Então é assim, tem paciente que não gosta, não quer. Eu não sou muito de forçar a barra, respeito muito. Eu vou até onde o paciente me deixa ir. Vou aos pouquinhos, se eu consigo tudo bem... se não consigo, vou tentar de outra maneira. Tem paciente que não gosta de abrir a porta da casa. Tem um paciente de cadeira de rodas que prefere vir ao posto que abrir a porta pra gente. Mas são raros. Muito pelo contrário, eles gostam e querem. Quando a gente vai numa casa, o outro vizinho chama, quer que a gente vá lá também. A gente acaba ficando muito conhecida no bairro. (Dr.^a Eduarda/Andorinha).

Dr.^a Ester, que trabalha no bairro Beija Flor, onde supervisiona alunos do curso de Medicina, fala da sua experiência nesse sentido.

Têm algumas famílias que não aceitam a visita. As agentes de saúde avisam: “Olha, essa família não quer visita”. Até, não aceitam que as agentes de saúde visitem. Não querem que façam visita. Têm poucas situações, mas têm. Não em relação ao aluno. Eles aceitam bem o aluno. Foi um trabalho feito devagarzinho. Eu, antes dos alunos irem pro centro de saúde, meses antes eu fui fazer um trabalho com as agentes de saúde. Elas ajudaram, conversaram e avisaram as pessoas. As pessoas querem ser atendidas pelos acadêmicos. O que eu fiz agora é interessante. É diferente no Beija-Flor do que nos outros centros de saúde. Como eu fico atrás (no consultório para supervisão), antes eles [os pacientes] me procuravam, agora eles procuram pelo acadêmico que os acompanha. Os alunos dão pros pacientes o caminho deles, o número do celular, ou, quando eles têm atendimento no HU, se comunicam. Os pacientes não têm o vínculo comigo, porque eu não atendo diretamente. Eles (os alunos) atendem e eu supervisiono. Boa parte das vezes eu supervisiono presencialmente e outras vezes não. Isto porque o prontuário é informatizado e na sala de supervisão eu fico sabendo sobre o que eles escreveram. Quando eles chegam pra supervisão, a gente já discute. Isso é muito bom! Quando há dúvida que eu preciso ir, eu vou. Mas são doutorandos da 12.^a fase, são os pacientes deles. (Dra. Ester/bairro Beija-Flor)

Com o novo currículo médico, os alunos permanecem atuando no mesmo centro de saúde durante todo o curso, favorecendo a formação de vínculo com a comunidade. Dr.^a Ester menciona um exemplo, citando uma situação que envolveu um dos seus alunos.

Uma coisa bem interessante que eu dou exemplo. Uma gestante fez todo pré-natal com o acadêmico e ela já estava com 39 e meia semanas de idade gestacional. Veio com a máquina fotográfica, porque queria tirar foto com o “médico” dela, que era o acadêmico da nona, décima fase. Ele ia a casa dela também. Esse vínculo foi do acompanhamento dentro do centro de saúde. Se vê que é uma coisa ideal, seria ótimo se toda a equipe fizesse esse vínculo, né? (Dra. Ester/bairro Beija-Flor)

A noção de que a visita domiciliar realizada pelo médico de família tem um valor especial é percebido pela comunidade. Os profissionais fizeram questão de frisar que o serviço é disponibilizado para as pessoas e famílias que desejarem a visita e que tiverem necessidade por algum motivo avaliado pela equipe, independente da condição social ou renda pessoal, ou familiar. Assim, famílias que dispõem de convênio médico e outras facilidades, utilizam também o centro de saúde para utilização de medicamentos da farmácia, serviços de imunização e enfermagem, e, principalmente, para visitas domiciliares, o que já mencionamos. Chama-nos a atenção que a qualidade do serviço oferecido na visita médica domiciliar é avaliada como “se fosse um serviço particular”. Em razão de algumas vicissitudes do SUS, já mencionadas, especialmente em relação ao acesso às consultas especializadas, as pessoas demonstram a sua satisfação e a sua surpresa diante do fato, como Maria, moradora do bairro Sabiá.

É um trabalho muito maravilhoso, muito bom, sabia? A gente que é pobre é a mesma coisa que fosse particular. Prá mim, é. Sempre fui bem atendida também. Não posso reclamar. Agora não tenho mais medo

assim, aquele medo passou. Antes não ficava sozinha de jeito nenhum, agora não. A minha irmã que mora em (...) diz assim, meu Deus, aí tem médico que vai até as casas? Lá não tem não.

Dr.^a Clara comenta a situação de uma paciente que atendia no centro de saúde e que, subitamente, ficou acamada; então a família solicitou uma visita.

Eu tive um caso de uma paciente que estava acamada e solicitaram visita. Era uma paciente hipertensa que eu já acompanhava há mais tempo. Ficou acamada porque ficou muito mal e não conseguia nem caminhar. Eu fui lá e vi que ela estava tomando as medicações de forma toda errada. Estava tomando mais digoxina do que captopril. Foi só arrumar a medicação que ela melhorou e em uma semana já estava de pé. A partir daquele momento, eu vi que tinha que chamar a família para ensinar e supervisionar a forma como ela estava tomando as medicações. Aquilo podia ter dado uma intoxicação mais violenta ainda. No consultório a gente não consegue pegar direito essas coisas. Alguns pacientes a família precisa supervisionar, estar junto, ser responsável também pelo paciente. (Dra. Clara/bairro Araras)

Esses cuidados são necessários à medida que o profissional vai conhecendo o paciente, a família e a comunidade onde trabalha. Assim, o domicílio integra o cenário da prática da clínica geral. Situações vivenciadas pelos usuários no dia a dia nas suas casas e na própria comunidade interferem diretamente na avaliação e condução da terapêutica direcionada para o caso específico. Assim, é preciso ter cautela para prescrever medicações, retirar drogas da prescrição, evitar aumentar doses de medicamentos de forma desnecessária e aguardar a evolução clínica, sabendo da possibilidade do acompanhamento. Essas situações, em geral, tão presentes na prática do profissional médico, exigem que o profissional tenha além de uma formação técnica consistente, percepção do seu entorno, integração com a comunidade e com sua equipe de trabalho. Com base no relato de pacientes, dos familiares e dos profissionais, vamos abordar, a seguir, algumas questões que são vitais ao que tange o cuidado clínico domiciliar e o tratamento instituído.

7.6 A CLÍNICA GERAL EM DOMICÍLIO: COMPREENSÃO DO CASO E NEGOCIAÇÃO

Nosso intuito aqui não é discutir a terapêutica na perspectiva da “adesão”, isto é, quando o paciente não tem opção a não ser “seguir” e “aderir” à prescrição médica, mas discutir na perspectiva do compromisso que se estabelece entre o usuário, família e profissional médico em relação à determinada terapêutica, seja ela medicamentosa ou não. Para que esse compromisso ocorra, torna-se importante que a comunicação entre as partes se dê de forma aberta, acontecendo uma interação que gere a compreensão do caso. O “caso” significa mais do que a condição clínica de um paciente. Ele (o paciente) torna-se “caso” em outro sentido, a partir da compreensão de que o adoecimento tem características singulares em uma biografia e história conhecidas, como menciona Ayres (2008; 76). Aderir a um tipo de tratamento para qualquer pessoa significa, muitas vezes, modificar hábitos e costumes, além de utilizar medicamentos, em geral, por longo período de tempo e, até mesmo, continuamente por toda sua vida. O que temos aqui, portanto, não é algo simples. A presença do médico de família, seja no domicílio ou no centro de saúde, acompanhando o paciente e estabelecendo um vínculo de confiança, é condição para que o acompanhamento clínico possa acontecer.

Isso pode ser apreendido na fala dos profissionais, pacientes e familiares. A observação das visitas médicas realizadas pelos profissionais participantes da pesquisa forneceu informações que reforçaram as entrevistas realizadas com os pacientes e com os profissionais a respeito do tema. Como já mencionamos, não

sendo o tratamento um processo simples de acontecer, também não o são os problemas de saúde dos usuários. Isto é, os problemas de saúde envolvem não apenas doenças crônicas como diabetes e hipertensão (as mais prevalentes), mas também problemas agudos, como uma crise de pânico ou uma pneumonia, por exemplo, sem falar nas doenças psiquiátricas, como a depressão, uma das causas mais frequentes. Esses problemas foram encontrados entre as pessoas que entrevistamos e que recebem visitas domiciliares pelas médicas e médico de família que participaram da pesquisa. Além desses problemas, estão presentes as questões sociais e econômicas que envolvem a vida no dia a dia e que ficou evidenciado na história dos pacientes e familiares que entrevistamos. Situações que envolvem violência, incluindo o tráfico de drogas, situação financeira e moradia precárias, abandono de familiares, dificuldade de acesso aos especialistas e exames, entre outras, que estão direta ou indiretamente envolvidas nas causas de adoecimento dessas pessoas. Esses fatores dificultam o acompanhamento clínico e a adesão ao tratamento, mas esta é a realidade que encontramos no cotidiano das equipes de saúde da família.

Dr.^a Antônio fala sobre a relação existente entre a visita domiciliar e a adesão ao tratamento.

A visita favorece a avaliação da adesão ao tratamento. Na visita você pode ver se o paciente está tomando a medicação corretamente, se não está, por quê? O que está acontecendo? Até arranjar soluções a partir daí. Então, vários casos a gente viu que o paciente não estava tomando direito, ou, porque não conseguia ler e tivemos que arrumar algum esquema. Colocar os medicamentos em pacotes, e aí conseguiram compreender e controlar melhor. A visão em relação ao tratamento não medicamentoso também melhora. A gente sempre orienta o uso correto dos medicamentos, mas se o paciente conhece ou pratica alguma outra técnica, tem alguma vivência que não o prejudique, a gente pode reforçar que continue fazendo. Não tem que proibir nada disso, eu acho. Faz parte da cultura da pessoa. Tem como conciliar essas duas coisas, o tratamento com medicamento e outro que o paciente conheça de longa data. (Dra. Antônio /bairro Sabiá)

A médica menciona o seu desalento quando os pacientes param de utilizar os medicamentos e apresentam piora do estado de saúde, ou recaída. Inicialmente, vamos transcrever o seu relato sobre uma paciente que, posteriormente, entrevistamos na casa.

Tem a situação de uma senhora que eu conversei com vários especialistas pra poder equilibrar o seu tratamento. Aí, quando ela melhorou, parou de tomar as medicações. Isso dá um desânimo, mas a gente tem que entender... Ela disse que parou porque tinha melhorado, mas depois perguntando de novo, ela disse: “porque queria me matar”. Porque os filhos não lhe davam mais atenção, só lhe causavam problemas. Na verdade, eu acho que parou de tomar os remédios porque queria voltar a ser doente mesmo e então receber mais atenção e cuidados. Esta questão tem que ser trabalhada com ela, agora. A filha já esteve aqui falando comigo e disse que a mãe já voltou a tomar os medicamentos. Às vezes, é um trabalho meio ingrato e que a gente faz muito. *Às vezes não dá muito resultado porque quando melhora um pouco, depois piora tudo de novo, e nada está bom. Aquela coisa devagar... Mas é um trabalho necessário que a gente espera que vá trazer resultado.* (Grifo nosso) (Dra. Antônio bairro Sabiá)

O relato da médica traduz a dificuldade dos profissionais que acompanham os pacientes numa abordagem de clínica geral e num contexto de cuidado longitudinal. Seguir um tratamento, especialmente contínuo, é algo complexo, mesmo considerando a existência de um vínculo de confiança entre o paciente e o médico. Isso demonstra que não basta a boa vontade do profissional e da equipe, pois existem circunstâncias da rotina e da própria dinâmica da vida das pessoas que interferem, indo além dos planos anteriormente instituídos com o próprio paciente e família. Cabe então ao médico de família acompanhar, procurar incentivar o usuário, enfim, estar presente. A paciente a qual Dr.^a Antônio se refere foi por mim entrevistada e relata algumas passagens do seu tratamento.

Foi o problema do pânico. Na segunda vez que ela veio me visitar eu tava tão ruim que ela já me encaminhava pro hospital. Mas chegando lá me examinaram e fiquei em observação. Eu tava com água nos pulmões. Fiquei lá um dia e uma noite. De lá prá cá ela vem me acompanhando. Fui ao psiquiatra e psicólogo só uma vez. Eu dei uma melhorada, dei uma melhorada boa, comecei a sair... Fui até lá no morro..., andei, comecei a andar, porque eu tinha um medo, né? Um medo muito grande, se eu saísse ali fora, eu tinha impressão que eu já ia morrer, me dava uma crise de cansaço, agora não tenho mais, essas crises pesadas não tenho mais, graças a Deus. [...]

Eu tinha melhorado, porque a gente quando tem uma melhora, acha que já tá bom, não vai voltar mais os problemas, mas tudo volta... O aceleração do coração, a cansaço e a pressão. Vinha ansiedade, não tava conseguindo dormir, aí voltei a tomar os remédios. Não esperava que ela viesse, mas por acaso ela apareceu. Foi muito bom porque eu não tinha mais ido consultar. Porque assim, a gente depende muito dos filhos e todo mundo trabalha, tem seus compromissos, né? Aí eu dependo dessa filha que tem as crianças. Como ela é sozinha e precisa trabalhar, às vezes ela não pode me socorrer. Assim, me levar, me atender... Quando a médica vem consultar a gente em casa, ela fica por dentro e a gente também. (Maria/bairro Sabiá).

Maria falou da sua dificuldade em deslocar-se até o centro de saúde, pois não consegue sair de casa sozinha pelo problema da síndrome do pânico, motivada por ameaças ao seu filho e família realizadas por traficantes. Embora medicada, não se sentia segura o suficiente para sair, dessa forma a visita da médica foi providencial. As agentes de saúde que acompanhavam minha visita lembraram Maria que ela tinha uma consulta agendada no centro de saúde com a Dr.^a Antônia e procuraram fazer esse agendamento no dia de folga da filha, para que a paciente não tivesse problemas em sair de casa. Maria também mostrou os pacotes com os medicamentos já prontos para as tomadas da manhã e da noite. Assim, não há problema em esquecer-se dos horários. Essa estratégia foi pensada e implementada pela médica e agentes comunitárias, já que a paciente tem dificuldade para ler e em razão do seu problema de saúde, frequentemente se esquece ou se equivoca nos horários para tomar as medicações.

Dr.^a Eduarda expõe como percebe e atua para conseguir que os pacientes “adiram” ao tratamento proposto e também frisa a importância do trabalho em equipe para que possa obter os resultados esperados.

Primeiro sensibilizar e esclarecer sobre a doença tratada, a progressão. Tentar mostrar o máximo possível o que pode acontecer se ele não cuidar... Que ele adquira maior autoestima. Procurar elogiar sempre quando alcançar um resultado positivo e estimular o paciente, levando informações novas. Eu compro revistas que tratam sobre diabetes e hipertensão e empresto prá que possam copiar receitas e fazer em casa. São maneiras mais práticas de estimular no dia a dia e você vai vendo a mudança. A gente observa coisas que o paciente traz. Muitas vezes não são verdadeiras, tem que conversar e orientar direitinho... Muitas vezes eles têm muita coisa prá ensinar. (Dra. Eduarda/bairro Andorinha)

Dr.^a Clara acredita que a visita e a consulta domiciliar influenciem positivamente à adesão ao tratamento e que o fato de o médico estar presente, necessariamente não significa que diminua a autonomia do paciente e da família. Pelo contrário, o compromisso e a responsabilidade com esse usuário estão inseridos no desenvolvimento do próprio vínculo de confiança que se estabelece entre o profissional, o paciente e a família.

Eu acho que influencia bastante. O paciente que toma os remédios todos errados, por exemplo, podemos chamar um familiar pra vir junto e envolver a família no tratamento. É fundamental. Falar para o paciente caminhar. Você vai a casa dele e vê a filha, já a chama pra vir junto. Consegue que a família participe mais do tratamento da pessoa. Pessoas idosas que vêm sozinhas na consulta, é bem complicado, não tem como chegar ao familiar. Chega o médico na casa vem todo o mundo em roda saber. Existe um compromisso e uma responsabilidade maior. A gente vê por certas famílias que a gente visita. Quando a gente fica algum tempo sem ir, uns 2 meses, a coisa desanda assim... Aquela preocupação, o médico vai vir, então tem que estar tudo bem. (Dra. Clara/bairro Araras)

O reconhecimento da autoridade do médico que observamos se insere na perspectiva em que se estabelece o vínculo com esse usuário e família. Assim, ela só

é possível se o profissional tem reconhecida sua capacidade técnica, compromisso e responsabilidade com a população da sua área de abrangência. Isso não significa que ações estratégicas com o objetivo específico de obter determinados resultados, especialmente relacionados ao tratamento, não aconteçam.

O estabelecimento do vínculo é condição para que esse paciente possa seguir o tratamento e desenvolver sua autonomia, no sentido de participar ativamente da conduta terapêutica, sugerindo e questionando o profissional que o acompanha. Observamos em uma das visitas realizadas pela Dr.^a Clara a uma senhora portadora de hipertensão arterial, que não usa medicamentos, sua abordagem sobre a questão.

A paciente, procedente do Rio Grande do Sul, mora com a filha artesã e dois netos. Ela mudou-se para Florianópolis, pois havia fraturado o fêmur e necessitava de cuidados. No momento da visita estava totalmente recuperada e conversou muito com Dr.^a Clara sobre sua vontade em retornar ao estado de origem. Toda a conversa girou em torno da situação familiar. Em determinado momento foi perguntado por que não fazia uso de medicamento anti-hipertensivo. A paciente comentou que não entendia por que deveria tomar algum medicamento, já que “não sentia nada”. Dr.^a Clara então passou a explicar de forma simples o que acontecia no corpo humano quando aumentava a pressão arterial, mesmo sem o indivíduo sentir qualquer sintoma físico. Tanto a paciente quanto sua filha fizeram uma série de perguntas para a médica e, no final, a senhora ficou “de pensar” se iniciaria ou não uma medicação.

A médica me disse, posteriormente, acreditar que a paciente pudesse ser “convencida” a iniciar a medicação e que preferia, naquele momento, enfatizar as medidas viáveis para a paciente realizar. Podemos perceber aqui o dilema da profissional. Embora “percebendo” que o problema mais importante para a paciente

estava relacionado com sua permanência na cidade e seu desejo em regressar para sua cidade de origem, a médica agiu com “engano consciente”, procurando centralizar sua ação no diagnóstico da hipertensão arterial e no melhor “convencimento” da paciente, o que não significa que não fosse tecnicamente necessário, mas que ficava aquém do desejo da usuária.

Já a Dr.^a Lígia é mais enfática em relação ao controle clínico dos pacientes a que atende.

A cada visita que eu faço eu tenho um dado novo, uma informação nova, dependendo do que eu estou vendo, percebendo, eu vou com certeza mudar de atitude. A gente tem que perseguir um melhor resultado, que o tratamento seja eficaz, e que a qualidade de saúde do paciente de uma forma geral melhore. Se não, eu vou ter que planejar mudanças, quais atitudes eu vou ter que implementar.

No entanto, ao visitar e entrevistar uma de suas pacientes, pudemos perceber que Dr.^a Lígia, embora diga que siga os protocolos clínicos, procura ter cautela em relação à mudança de conduta terapêutica.

Até os exames que eu fiz no ano passado que a Dr.^a Lígia mandou, deu tudo bem. A única coisa que ela achou alteradinho um pouco foi a diabetes que estava em 124. Há uns 4 anos quando eu fiz exame no posto, estava em 101. Ela mandou eu me cuidar pra não aumentar e não passou remédio. Ela disse: “Se você prometer se cuidar eu não vou passar remédio.” Agora ela mandou fazer mais um *check up*. Agora em outubro (2008) vou fazer o eletro. (Carolina/Canário).

Carolina menciona que a medida de sua pressão arterial oscila bastante em razão de seu estado de humor. Quando fica mais nervosa, ela aumenta, inclusive quando vai ao centro de saúde, hospital, ou tem contato com algum profissional da saúde, o que é considerado como a “síndrome do jaleco branco”. Neste caso, não nos pareceu que a paciente e sua filha estivessem a par do que acontecia. Embora a médica tenha

percebido a situação, ela não esclareceu o fato para a paciente e sua filha, segundo nossa observação.

Aí o médico disse: Dona Carolina, você procure o posto mais próximo da sua comunidade pra senhora ter um acompanhamento da pressão. Porque a minha pressão é assim. Oh, em casa horas ela dá normal, 13 por 8, 13 por 9, 14 por 9, mas quando eu vou ao posto ela sobe. [pergunto se fica nervosa] Ah, eu não sei. Eu tô prá só Deus sabe, né? Até quando a Dr.^a Lígia vem aqui, é incrível, incrível! [...]
Não procurei mais o hospital. Mas a gente tem que se cuidar! Se eu não me cuidasse, abusasse da comida salgada, de alguma coisa, ia piorar. A minha comida já é bem insossinha. Agora se acontece de comer comida salgada, aí eu já sinto. Ofende a cabeça. A gente logo sente que o sal incomodou. Mas é difícil porque eu tô me cuidando.

Os pacientes que entrevistamos e que receberam visitas domiciliares, permanecendo em seguimento, como Carolina, assim como os familiares, relataram que observaram uma diminuição no número de internações. Sentem-se mais seguros e recorrem ao centro de saúde e à equipe, quando surgem dúvidas ou alguma alteração do seu estado de saúde. A percepção das médicas e médico de família corresponde à opinião dos usuários. Dr.^a Lígia relata o seguinte:

Eu percebo que diminui bastante a procura pelas emergências hospitalares. Com o tipo de cuidado que a gente oferece no domicílio, o número de internações diminui, porque a gente tem mais tempo prá conversar com o paciente, examinar, conversar com a família para orientar sobre os cuidados, prevenir outros problemas, ou a piora do problema que já tem.

Dr.^a Eduarda tem a mesma opinião, e a Dr.^a Clara comenta sobre um paciente, especificamente.

Eu acho que diminui. Como a gente faz um cuidado mais próximo, inclusive com o familiar também, acaba comprometendo mais. Eu notei que um paciente que virava e mexia tinha pneumonia, depois que a gente

começou a acompanhar, até teve pneumonia, mas a gente conseguiu tratar em casa.

Dr.^a Rita menciona que, à medida que a família sente mais segurança em lidar com as intercorrências que surgem no dia a dia, a frequência à emergência hospitalar, ou mesmo à ida ao centro de saúde, também diminui. Dr.^a Ester, no entanto, diz que os familiares procuram mais o centro de saúde em função do vínculo estabelecido e, com isso, reduz a busca pela emergência hospitalar.

Eu acho que procuram mais [o centro de saúde)]pelo vínculo. Alguma dúvida, eles procuram a unidade. *Ele se sente assistido e de fato está assistido.* Então, qualquer problema ele (o paciente ou familiar) se remete à equipe. Não sai dali pra ir ao pronto atendimento. Vão primeiro no centro de saúde, a não ser quando naquele momento a unidade está fechada, ou alguma outra urgência, fora isso vão à unidade. (Grifo nosso).

A proximidade com a equipe de saúde e com o profissional médico, ao fortalecer o vínculo, proporciona mais segurança para o cuidado e traz satisfação ao paciente e família. Não observamos e não foram feitos relatos que manifestassem descontentamento pelo atendimento no domicílio, ou que ocorresse dificuldade para o agendamento de visitas médicas. Muito pelo contrário, alguns usuários gostariam que fossem realizadas mais visitas, mesmo que o quadro clínico não justificasse. A visita médica adquire, então, um caráter que ultrapassa a questão específica da assistência médica.

7.7 O CONTEXTO DOMICILIAR COMO ESPAÇO DE INTERAÇÃO: A RELAÇÃO COM O PACIENTE

A casa como um local onde o profissional médico atende a pessoa adoentada incorpora situações vivenciadas pelo paciente e família e pela comunidade que os circundam, que modificam a forma como esse profissional desenvolve sua prática. Isso ocorre em função de o profissional levar em consideração não apenas o que está estabelecido nos compêndios e protocolos médicos, mas especialmente no que pode adequar-se à situação. Poderíamos dizer, o que pode adequar-se àquilo que paciente e família concordam em realizar mediante acordos que vão acontecendo à medida que o acompanhamento transcorre.

Essa possibilidade que se abre quando o médico de família penetra no domicílio é carregada de um simbolismo bastante relevante e, como já discutimos, precisa ser vista na perspectiva atual de uma medicina cada vez mais tecnológica, em que o tempo para a conversa e a confiança foi reduzindo-se e ampliando as solicitações de exames e procedimentos armados. Como Schraiber (2008) deixa claro, se o encontro entre o médico e o seu paciente ficou intermediado por exames e procedimentos ao ponto de o próprio profissional transformar-se, muitas vezes, em intermediário, o paciente passou a ter acesso a meios de que antigamente não dispunha. Esse fato foi percebido na fala das médicas e médico que entrevistamos, na observação das visitas, no caminhar pelos bairros e escutar as conversas entre usuários e agentes comunitárias. Exemplo disso, pudemos observar quando entrevistamos João, no bairro Bem-Te-Vi. O paciente mostrou-nos uma nova cadeira de rodas motorizada que tinha interesse em adquirir através de um *site* que utilizava no seu computador.

Além disso, comentou que costumava pesquisar na internet informações sobre seu problema de saúde (o diabetes) e novidades em medicamentos que lhe pudessem ajudar.

A maior proximidade entre médico e paciente que acontece no atendimento domiciliar está presente na fala dos profissionais e usuários.

Há uma proximidade, porque há uma barreira muito grande do médico no seu consultório, com aquela mesa na frente, recebendo o paciente e sendo a autoridade. Ele quando vai ao domicílio, ele continua tendo o saber dele, mas se mistura com o saber e a relação do grupo que ele vai visitar. Então acho que esse nível desse afastamento pela hierarquia já vai diminuindo, há uma empatia maior e uma proximidade. Não chega a ser amizade. Não é dar tapinha nas costas e sair junto pra tomar cerveja. Essa proximidade dá mais segurança, mais abertura. A pessoa se sente mais próxima desse profissional. (Dr.^a Ester/Beija-Flor).

No domicílio a gente consegue ver a realidade do paciente, onde ele está inserido, o contexto social. Onde ele mora, as condições de vida, a família, como é que funciona. Acho que também pro paciente, ele já estando no domicílio, ele fica mais à vontade, se abre mais, conversa melhor, às vezes fica com receio, ou vergonha no consultório. Acha que o médico é alguém muito acima, está muito distante, mas na casa dele ele já pode ficar mais à vontade, né? A relação pode ser melhor. (Dr.^a Antônia/Sabiá).

Com base no que observamos e nos relatos expostos acima, podemos dizer que a relação entre médico e paciente torna-se “melhor” quando esse encontro ocorre num contexto em que a hierarquia entre as partes é menos rígida e assimétrica. Dr.^a Ester aponta que a proximidade não significa “amizade”, mas sim que a relação médico-paciente pode (e deve) ter afetividade. Esta afetividade integra uma relação onde o Cuidado (segundo Ayres), está presente e, por conseguinte, ausente na *medicina tecnológica*.

Essa proximidade foi mencionada por alguns usuários que relataram o que sentem (e pensam) sobre a relação com o profissional médico.

Ah, é uma boa, né? Eu gosto porque é uma coisa que a gente tá se cuidando, e a Dr.^a Lígia, meu Deus, caiu do céu prá mim. Porque se a Dr.^a Lígia não viesse aqui, eu teria que procurar o posto, então, muito, muito legal isso aí! Eu converso numa boa com ela; ela me perguntando e eu respondo. Se eu sentisse alguma coisa eu falava prá ela, não tenho medo nenhum. (Carolina/bairro Canário).

Eu gosto muito quando ela vem aqui (Flora fala sobre a Dr.^a Clara). É bem importante, ela é bem atenciosa. Ela orienta bem, quando a gente tem dúvida, sempre pergunto. Eu pelo menos me sinto bem mais segura, até porque sei que a hora que precisa ela vem aqui, né? É muito importante isso aí [fala a filha de Flora, paciente da Dr.^a Clara]. Eu acho que agora estou melhor, melhorou a tosse [fala Flora]. (Flora/bairro Araras).

Não dá prá dizer que é uma relação profissional, porque profissional é aquele que te atende, dá um tapa nas costas e manda prá casa. Eu tenho amizade com muitos deles. Eu entendo os problemas que têm, são muitos pacientes pra atender.... Eu me preocupo com a minha perna, o meu pé, e ele sabe disso (fala sobre o Dr. Cláudio). Examina o coração e o pulmão e não esquece o pé. Outro dia ele estava mais apressado, tinha greve e ele estava superatarefado. Eu peguei ele meio na saída do posto, mas ele me tranquilizou... Porque eu não quero ouvir sobre os triglicerídeos, mas sim sobre os resultados, e ele faz os cálculos, vê que remédio pode baixar. Ele se preocupa. Se ele tivesse mais tempo era melhor, mas o posto está sempre cheio. Mas, por enquanto, esse serviço (a visita médica) está suspenso, porque eu tenho mobilidade e posso ir ao posto. Não é justo que eu tire a chance de outra pessoa que precisa mais. (João/bairro Bem-Te-Vi).

As falas de Carolina, Flora e de sua filha falam da relação com o profissional enfocando o cuidado, as orientações; Carolina, entretanto, refere que “não tem medo” de manifestar suas opiniões para Dr.^a Lígia. Aqui percebemos que existe compreensão e respeito, quando muitas vezes no consultório é o “medo” que se estabelece na relação médico-paciente. A autoridade da médica e o respeito que tem por ela faz com que Carolina manifeste sua afeição com reserva. João, no entanto, relata uma relação mais próxima com Dr. Cláudio, considerando a idade de João, 45 anos, e o acesso às informações de que dispõe, incluindo a internet.

A comunicação entre o médico, o paciente e sua família é condição básica para que o acompanhamento clínico possa acontecer num contexto de confiança. Isso não significa que o paciente ou família seguirão, à risca, a prescrição médica, seja medicamentosa ou não. O que nos interessa, especialmente para que essa

comunicação se estabeleça, é que ela possa ser livre de coerção, no sentido de que as pessoas assistidas se sintam confiantes de exprimir os seus desejos, de realizar críticas e emitir sugestões a respeito do que julgam melhor para si mesmas. O conhecimento recíproco entre o profissional médico e o paciente, com estabelecimento de um vínculo de confiança, permite que essa comunicação possa ocorrer. Esta foi uma condição observada entre os usuários e outros membros da equipe de saúde, especialmente com as agentes comunitárias que mantêm uma relação muito próxima com os pacientes e famílias, inclusive porque residem na comunidade. Mas em relação ao profissional médico, o estabelecimento de um processo comunicativo com o usuário significa quebrar “a barreira”, “a hierarquia”, que comumente está presente no consultório médico. Dr. Cláudio relata que se sente mais à vontade com o paciente e os familiares que têm a oportunidade de conhecer melhor, por realizar a visita domiciliar.

Eu fico mais à vontade com as famílias que eu faço VD. Cria mais amizade e essa amizade facilita à terapêutica. A credibilidade, até mesmo pra abrir as nossas fraquezas, as nossas carências, falar assim: Olha, eu não vou conseguir ajudar o senhor pra esse problema. Essa abertura fica muito mais sincera com o paciente que tu tens esse contato pela VD. Algumas vezes acontece no consultório, mas a VD favorece muito mais que aconteça isso.

A interação é percebida pelo Dr. Cláudio como amizade. Essa interação, gerando a possibilidade de uma comunicação “sincera” fica mais evidente no domicílio. Por um lado, pela relação mais intimista que a VD favorece, mas por outro lado pelo contraste com o “clima” mais técnico presente no consultório, onde o profissional médico representa a autoridade e onde a impessoalidade, atributo de uma *medicina tecnológica*, é dominante. Este é o sentido do que menciona Dr.^a Lígia,

quando os pacientes a tratam “como se fosse da família”. Os médicos falam da interação e da afetividade que existe na relação com os pacientes e familiares que acompanham como algo inusitado que não deveria fazer parte desse encontro entre o médico e o paciente, como algo “extraprofissional”. Esse fato é revelador na fala do Dr. Cláudio, quando associa a *sinceridade* necessária na relação com o paciente, sendo claro quanto aos próprios limites, como um *sinal de fraqueza*. O contexto do domicílio pressupõe condições e situações que expõem o médico, que perde um pouco da “majestade” que tem no consultório, ficando, poderíamos assim dizer, mais humano, isto é, menos onipotente.

O ato médico em si é carregado de um teor prescritivo, baseado em ações estratégicas cujos objetivos seriam, a princípio, a melhora das condições clínicas do paciente e sua cura. Por trás da terapêutica prescrita existe um indivíduo, o profissional médico, que supostamente detém um conhecimento técnico superior sobre determinado problema e pretende ministrá-lo a outro indivíduo, o paciente, com a cumplicidade da família, sempre que possível. Muitas dessas ações estratégicas são realizadas de “boa-fé”. Isto é, com a certeza que o profissional está fazendo o seu melhor para o paciente e o próprio paciente também percebe dessa forma. Algumas vezes, o profissional utiliza-se desse expediente, propositalmente para conseguir seu objetivo, sem permitir que o paciente tenha acesso a todas as informações pertinentes à questão, cerceando seus direitos. Nesse último caso, temos a ação estratégica com objetivos velados. Os médicos de família atuam com o objetivo precípua de obter o melhor resultado quando tratam os seus pacientes e certamente utilizam-se de protocolos, diretrizes médicas, evidências clínicas com esse fim. Ao conhecer a realidade de vida daquele usuário e família, suas

dificuldades e conhecimentos, é possível compartilhar com ele e com a família o cuidado a ser realizado de forma que a terapêutica instituída seja medicamentosa ou não, possa ser acordada entre o profissional, o paciente e sua família.

Lembro de algumas visitas que eles reclamavam porque eu não levava receituário. Muitas vezes eu sabia que tinha familiares e cuidadores que podiam pegar a receita aqui na unidade de saúde. Então eu fazia a VD sem receituário, justamente pra sentar, conversar e fazer essa discussão. Essa discussão sobre a conduta, da medicação, ou sobre o estilo de vida, o que seja, foi uma coisa que eu trouxe pro consultório em função da VD. Na faculdade a gente aprendia tanta coisa pra orientar e o paciente não fazia. Ou porque não tinha possibilidade, ou porque era impossibilitado por alguma coisa dentro de casa. Ao fazer a VD, acho que talvez tenha trazido mais essa discussão. Se o paciente pode ou não pode fazer algumas coisas. (Dr. Cláudio/bairro Bem-Te-Vi).

Ele cita um exemplo de uma situação vivenciada com um paciente. Aqui a VD ao “aproximar” o médico do contexto de vida do paciente e da família possibilitou um balanço entre as ações estratégicas que buscam o êxito técnico, com negociações advindas de uma interação mais voltada à comunicação, e que se relacionariam ao sucesso prático.

Lembro de um caso de um senhor que me agradeceu o máximo, no dia em que eu falei pra ele que podia comer uma picanha uma vez por mês. Fazia três anos que ele não comia carne com gordura nenhuma. O sonho dele era voltar a comer picanha. Ele tinha 89 anos, gaúcho... Chorou e me abraçou quando eu disse que podia comer picanha. Essa combinação eu fiz numa VD. Gauchão, ele gostava de costela gorda, usava chapeuzinho de gaúcho, bombacha. Porque um médico tinha dito: O senhor está proibido. Ele, realmente parou e obedeceu. Mas ele não estava contente com aquela decisão. E a gente combinou, perguntei: Quantas vezes [comer picanha] faria o senhor feliz? Ele respondeu: Ah, quem sabe uma vez por mês? Foi interessante, né? Mas eu não sei se consigo fazer em todas as consultas, não! [Pergunto: por quê?] Não sei, essa autocrítica acho que eu não consigo fazer tão bem! Na VD eu consigo negociar mais que no consultório. (Dr. Cláudio/bairro Bem-Te-Vi)

Podemos perceber que ao conhecer o paciente, entendendo os seus hábitos e entendendo o motivo da sua tristeza, num momento da sua vida em que, dificilmente

o fato de comer carne gorda poderia prejudicá-lo mais do que o fato de não comê-la, o médico pôde “satisfazer” seu desejo. E mais do que isso, pôde, provavelmente, devolver àquele paciente um pouco mais de alegria naquele momento da sua vida. Na fala do Dr. Cláudio, podemos perceber que a VD favorece o desenvolvimento de projetos terapêuticos heterodoxos, poderíamos dizer. Isso porque, como menciona o médico, a VD torna-se importante para avaliar “se o paciente pode ou não fazer algumas coisas”. Nessa circunstância, a percepção de que o paciente não pode seguir determinada prescrição é o caminho para alcançar-se o sucesso prático, na perspectiva de Ayres (2008). Nesse caso, o que o paciente não tinha condições de fazer seria o fato de “não comer picanha”, isso lhe produzia infelicidade. Quando o êxito técnico abre espaço para que a complacência se instale numa relação terapêutica menos hierárquica, podemos obter o sucesso prático nessa condição.

Para o Dr. Cláudio, ele conseguiu “negociar” com o paciente uma maneira menos penosa de lidar com a dieta (e de fato pode ter conseguido). No entanto, esta é uma atitude de “engano inconsciente”, pois a opção de comer ou não picanha, ou quantas vezes, poderia ter sido decidida pelo paciente, considerando este os problemas relacionados e as conseqüências de uma dieta plena de gordura saturada, o que não foi devidamente esclarecido pelo médico, mesmo que tivesse “boa intenção”.

A VD pode tornar-se um espaço em que as necessidades dos pacientes e famílias podem ser mais bem percebidas, portanto, um “contexto instaurador de outras necessidades”, propício ao desenvolvimento de novas formas interativas (Schraiber e Mendes Gonçalves, 2000). No plano da Atenção Primária, e no contexto de onde falamos, a ESF, a duplicidade *técnica-tecnológica* e *técnica-arte* apresentam uma tensão dada pela concretude da prática cotidiana; *arte* e *tecnologia* podem estar

imbricadas na intervenção. Como menciona Schraiber (2008 p. 215), a intervenção como arte “depende das decisões que o profissional toma diante das exigências do caso e pode ser uma decisão totalmente original, criada nesse momento da decisão”. Ao mesmo tempo em que procura apoiar-se na tecnologia, o profissional vive as incertezas inerentes a ela, o que o leva muitas vezes a apoiar-se na própria experiência como “alternativa”.

Isso pode ser percebido, por exemplo, na avaliação sobre a conduta terapêutica a ser seguida, que não pode ficar descolada de como o paciente e sua família vivem a vida, sob pena de que tanto paciente quanto o médico se autoenganarem. O depoimento da Dr.^a Eduarda expressa um pouco da angústia que sente em relação à forma de abordagem de um paciente e família.

Como é que um paciente diabético e com dificuldade de locomoção come um rocambole inteiro “escondido”? Como entra um rocambole na casa desse paciente? [rimos muito] É porque alguém levou! Aí é falta de engajamento da família, também! Eu levei receitas prá ela (para a esposa). Agora a coisa melhorou, porque estava muito complicado. Agora parou de comer rocambole escondido. Eu procurei conversar com ela, me colocar no lugar daquela pessoa, mostrar entendimento, não cobrar assim direto e sem explicar o motivo. A pessoa fica fechada contigo, vai fazer as coisas e vai mentir. Eu procuro dizer que a gente sabe que é difícil, que o paciente tem as necessidades dele, conhece o gosto e quer comer, mas que não é bom pra ele, então procurar uma alternativa. Pro diabético está mais fácil hoje porque tem os produtos *diet*. O mesmo pão, o mesmo bolo, tem opção prá fazer sem açúcar, com farinha integral, que é bom pra família inteira, e assim a gente vai indo, né?

7.8 O CONTEXTO DOMICILIAR COMO ESPAÇO DE INTERAÇÃO: A RELAÇÃO COM A EQUIPE

Os profissionais médicos que entrevistamos e observamos afirmam que, na VD, têm a oportunidade de estabelecer “outro tipo” de atenção e cuidado com o paciente e família. Eles podem e devem, por estar no âmbito da Atenção Primária, ampliar a perspectiva curativa ao implementar medidas de cunho preventivo, refletindo e incorporando os conhecimentos adquiridos no contato com os pacientes e famílias que acompanham. Conhecer a família e cuidar dela, de forma integral, atendendo as crianças, os adultos, os idosos, as gestantes e tendo a oportunidade de interagir com as pessoas no seu domicílio, fortalece o vínculo e pode favorecer a comunicação, o que foi referido tanto pelos pacientes e familiares entrevistados, quanto pelos profissionais. Entretanto, mesmo incorporando uma prática “mais humanizada” e responsável, em geral, o profissional permanece centrado no âmbito de uma prática normativa. Esta conversa, não significa, necessariamente, comunicação, pois pode-se cair na armadilha de reduzir esta forma de relação entre o trabalho e interação ao caráter pessoal, exclusivamente, não trazendo reflexos para uma maior autonomia do paciente e família em relação ao cuidado de saúde (Peduzzi, 1998).

Na Atenção Primária, com a ESF, a comunicação com os profissionais da equipe torna-se *uma necessidade* para o desenvolvimento do trabalho em saúde, porque os problemas “de saúde” são abrangentes, envolvem, em geral, questões psicológicas e sociais, exigindo um esforço e a mobilização de saberes e técnicas de várias categorias profissionais. Embora o trabalho em saúde continue se

centralizando na figura do médico, fica evidente a partir da necessidade da prática diária o questionamento deste modelo (Franco, 2003; Peduzzi, 1998).

Ela [a visita domiciliar] favorece o trabalho em equipe com a enfermagem. Pode-se discutir sobre aquela família, planejar coisas. Eu faço visita com a enfermeira da minha área. Quando tem muitas visitas, eu faço algumas e ela faz outras. Ela [a visita] abre toda essa visão mais global da saúde. Não envolve só a ausência de doença. Envolve a questão social, a gente acaba se envolvendo em outros aspectos para o tratamento do paciente. Muitas vezes no consultório a gente acha que não deve agir neste aspecto, mas vendo onde a pessoa mora e como funciona toda a dinâmica... Não que a gente vá resolver, mas criar parcerias, desenvolver algum planejamento para auxiliar. (Dr.^a Antônia/Sabiá).

Ela [a enfermeira] faz visita e eu faço visita. A gente discute muito os casos dos pacientes. Nós estudamos pra discutir. Ela tem toda uma experiência de cuidado, de tratamentos. Se um curativo funcionou melhor desse jeito, ou então, a orientação para a família funcionou melhor assim. Trocar ideias, conhecimentos, discutir o caso com a equipe de saúde, com a enfermeira, com as agentes comunitárias. A gente vê muita coisa nova, situações, problemas que a gente não via há muitos anos, desde a época da faculdade. A gente tem a oportunidade de estudar, rever, isto aumenta não só o conhecimento pessoal, mas a satisfação pessoal. (Dr.^a Lúcia/Canário).

As falas da Dra. Antônia e Dra. Lúcia são significativas ao abordar os problemas de saúde enfrentados pelos pacientes no contexto da Atenção Primária. São problemas que envolvem não apenas o enfrentamento da doença em si, mas também as situações relacionadas que envolvem o contexto social e cultural em que vive a família. Estas questões representam um desafio para toda a equipe de saúde e para o profissional médico, em particular, porque ele se vê imerso num contexto em que a *medicina tecnológica*, em geral, tem pouco para lhe ofertar. Ele necessita do aporte de novos conhecimentos e do auxílio de outros profissionais. E, além disto, o profissional médico precisa lidar com os seus próprios limites, admitindo que as alternativas e encaminhamentos para os problemas passam, necessariamente, pela participação do usuário e sua família.

Algumas vezes, como observamos e nos foi relatado, problemas sociais relacionados com a pobreza e a violência, como o tráfico de drogas, eram vistos como motivo do problema de saúde do paciente, como a hipertensão arterial e a depressão, e mobilizavam a equipe de saúde. No entanto, os encaminhamentos realizados se restringiam ao escopo das ações voltadas às patologias do paciente, não conseguindo a equipe elaborar planos de enfrentamento mais abrangentes e intersetoriais, de forma conjunta com o paciente e família. Exemplo disto foi a situação de uma senhora cujos filhos se envolveram com o tráfico de drogas, no bairro Sabiá. A equipe procurou apoiar e estimular a paciente para o enfrentamento dos problemas, visitando-a, levando também a psicóloga, agendando horário de consulta no centro de saúde compatível com a folga de uma das filhas para que ela pudesse acompanhar a mãe. No entanto, o apoio ao filho acabou sendo oferecido pela igreja evangélica que a família passou a frequentar.

Não apenas o trabalho de equipe, mas é fundamental que se tenha articulação intersetorial em função da amplitude das situações que envolvem as famílias assistidas e que têm nos agentes comunitários de saúde “a orelha” da comunidade e “a voz” no serviço de saúde. Essa articulação, ao mesmo tempo necessária, é de difícil execução. Os profissionais entrevistados foram unânimes em mencionar que, apesar dos recursos comunitários como: igrejas, associação de moradores, clubes, etc., o entrosamento com o serviço de saúde era precário, com exceção das escolas e núcleos infantis, quando os trabalhos desenvolvidos com as equipes de saúde da família são mais estabelecidos. Entretanto, o estudo realizado por Giovanella et al (2009) cita que o médico foi o profissional da equipe que mais se integrou em atividades intersetoriais.

Com base no contato com o domicílio e com os problemas que envolvem as famílias, as equipes, incluindo todos os profissionais e os centros de saúde que integram a Rede Docente Assistencial, também os acadêmicos do curso de medicina, entre outros, podem desencadear ações que vão além da assistência à saúde de forma específica. Nesse aspecto, Dr.^a Ester menciona atividades desenvolvidas em outro centro de saúde, onde trabalhou por sete anos, juntamente com alunos do curso de medicina.

Fui com os doutorandos prá lá. Começou do zero. Organizamos o conselho local de saúde, fizemos o projeto bombeiros-mirins, o pré-vestibular gratuito, atividades hídricas pra pacientes do HIPERDIA (programa de acompanhamento de pacientes hipertensos e diabéticos), projeto mobilidade segura, sábado da saúde, volta ciclística, etc. A gente conseguia fazer o trabalho da equipe e do conselho local de organização. Trabalhava direto com a escola e igreja.

Dr.^a Clara fala de suas atividades em área do bairro em que trabalhava anteriormente, onde realizava um trabalho que envolvia educação em saúde, com a equipe de saúde e acadêmicos do curso de medicina.

Na (...) a gente ia até fazer trabalho de limpeza, orientar coleta de lixo, prevenção da dengue, visitava as casas... também a gente sai pra fazer visita e se as pessoas me veem e têm qualquer problema na casa, já chamam. A gente não deixa de dar uma olhadinha e uma conversada, né? Avaliar pacientes traumatizados, ver curativos, a gente vai também avaliar a situação mais social.

Na Atenção Primária e na ESF a proximidade com a população favorece o desenvolvimento de atividades comunitárias, e à medida que o(a) médico(a) se torna mais “exposto(a)” no bairro em que trabalha, seu envolvimento com os problemas da comunidade torna-se viável. Assim, o engajamento em atividades que possam

integrar ações de cunho individual com àquelas coletivas pode acontecer, e uma prática de *integração sanitária* (Mendes Gonçalves, 1994) torna-se possível.

O papel ativo do profissional médico nas atividades da equipe e realizando visitas domiciliares é fundamental na prática da medicina de família. A nosso ver, é um equívoco enclausurar o médico no atendimento da demanda de consultório, seja programada ou espontânea, sob o pretexto de que as visitas domiciliares devam ser realizadas quando absolutamente necessárias. Leia-se nas entrelinhas, apenas realizadas para aquelas pessoas que não possam locomover-se até o centro de saúde. Como já tantas vezes aqui mencionado, a visita domiciliar, que é uma consulta médica no domicílio, extrapola em muito a mera assistência médica domiciliar. Nela o profissional médico tem a oportunidade de desenvolver ações de prevenção e promoção de saúde ao conhecer a família e domicílio, integrando-se mais à equipe. No entanto, essa atividade não é vista como parte efetiva da prática dos médicos de família, como o é para a enfermagem, por exemplo. Isso porque não atende aos preceitos de uma medicina baseada no procedimento técnico, na consulta do pronto atendimento, voltada para a produtividade e inserida numa sociedade que tem a *medicina tecnológica* dominante (Mendes Gonçalves, 1994; Cunha, 2005; Schraiber, 2008).

Ao deslocar o médico do consultório, no centro de saúde, e integrá-lo à equipe, tendo como ponto de partida os problemas das pessoas atendidas, na sua área de abrangência, a comunicação torna-se uma necessidade na prática diária. A VD suscita a comunicação e a interação entre o médico, o paciente e família, ao contrário da impessoalidade que muitas vezes está presente numa medicina voltada para o atendimento da demanda espontânea, para a assistência curativa sem o

acompanhamento longitudinal (Cunha, 2005). Dr. Cláudio narra sua percepção de como “a conversa”, na VD, muda quando visita à casa do paciente.

Identificar que o paciente não é só aquela pessoa que está no consultório, mas dentro do trabalho, dentro da casa, influencia mais do que uma conversa de poucos minutos dentro daquela sala que é o consultório. Muitas vezes, no consultório, por falta de tempo ou por excesso de demanda, o foco da conversa é em cima da patologia, em cima do exame, em cima da prescrição. Mas no momento que se pode ficar meia hora conversando com o paciente, na casa dele, às vezes tomando um café, ou um chimarrão, outros assuntos surgem. Tu vê o paciente como uma pessoa que tu podes conversar sobre outras coisas, além da conversa técnica. Então, muitas habilidades são desenvolvidas.

A comunicação é necessária no trabalho em equipe, e a sobrecarga de trabalho pela demanda no centro de saúde, relatada por alguns profissionais, em alguns períodos do ano, é um obstáculo para que se tenha tempo o suficiente para estabelecer um diálogo no consultório. A visita torna-se um espaço propício para estabelecer uma comunicação efetiva com o paciente, família e os profissionais da equipe.

Dr.^a Eduarda menciona as dificuldades do currículo do curso de medicina, que não lhe proporcionou conhecimentos na área da comunicação, no sentido da abordagem do paciente, e que, nesse aspecto, a presença da enfermeira na equipe lhe auxilia na condução terapêutica. Dr.^a Antônia e Dr.^a Lígia também mencionaram a importância da equipe de enfermagem para o trabalho cotidiano, especialmente na instituição de cuidados no domicílio, com curativos, exercícios fisioterápicos, alimentação, etc.

Quando eu me formei, agora está diferente, mas a gente não tinha esse tipo de informação, orientações não farmacológicas. Era uma medicina muito terapêutica, baseada na medicação. A figura do médico de família, nem pensar! Fazer medicina comunitária era optativo. Eu já fazia atendimento comunitário, mas era um clínico geral que trabalhava no

postinho. A enfermeira já faz uma faculdade mais voltada para este tipo de cuidado, o cuidado preventivo, onde não há prescrição. Elas [as enfermeiras] têm cadeiras especiais de como abordar o paciente. (Dr.^a Eduarda/Andorinha).

Na relação do médico com a família, tendo este compreendido, quando da visita, a forma como o paciente e familiares lidam com as situações e os cuidados, ao conhecer esses cuidados, o médico pode avaliar os benefícios e estimulá-los, desde que tragam benefício e aumentem ou estimulem a autonomia dos pacientes. Essa questão é importante, especialmente em razão do desgaste físico e emocional por que passam os familiares ao cuidarem daqueles que estão adoentados. As orientações da equipe de saúde são realizadas visando ao bem-estar da pessoa adoentada, mas não esquecendo a pessoa que é o cuidador.

7.9 O CONTEXTO DOMICILIAR COMO ESPAÇO DE INTERAÇÃO: A RELAÇÃO COM OS CUIDADORES

Uma questão importante na realização da visita médica domiciliar é que nem sempre temos um cuidador propriamente dito. Em algumas casas que visitamos, encontramos pessoas contratadas que realizavam atividades que envolviam os cuidados da casa, como doméstica, e também cuidavam da pessoa adoentada, no momento da nossa visita. Em geral, eram famílias de classe média em que os filhos estavam trabalhando naquele momento. Em outras casas, encontramos as filhas cuidando das mães, embora poucas pacientes não tivessem condições de se locomoverem plenamente. Encontramos casas onde as pacientes estavam sozinhas e

cuidavam, elas próprias, dos netos, como Catarina, no bairro Sabiá, e Francisca, no bairro Canário. No entanto, essas pacientes tinham familiares próximos.

Em uma VD, realizada pela Dr.^a Lígia a uma senhora de 91 anos, observamos que sua filha era a responsável pelos cuidados. Ela própria portadora de hipertensão arterial e com mais de 60 anos, também cuidava do marido, que havia sofrido de uma isquemia cerebral. A sobrecarga de trabalho dos cuidadores é um fato comum, especialmente para as mulheres que assumem esse encargo na maior parte das situações, conforme observamos nas visitas.

A angústia pela ausência de cuidadores é mais sentida nos bairros onde as pessoas vivem em condições econômicas mais precárias, especialmente no bairro Sabiá.

O que me chama atenção nessas visitas, é que são famílias bem carentes, com uma situação social bem difícil e que acaba dificultando o acompanhamento. Eu visito muitos idosos, e alguns deles não têm propriamente um responsável pelo acompanhamento, administração dos medicamentos. Aí ficam um pouco abandonados e fica uma situação complicada. Às vezes, eles ficam sem medicação, porque o familiar não vem buscar. Isso me marca bastante. Tenho várias situações desse tipo. (Dr.^a Antônia).

Esse problema é comum no cotidiano das equipes de saúde da família, e os profissionais, desde as agentes comunitárias, equipe de enfermagem e médicos, envolvem-se na tentativa de buscar alternativas de apoio às famílias. No entanto, a nosso ver, e pelo que observamos, independente da condição socioeconômica, a questão do cuidar de uma pessoa adoentada é tarefa que exige paciência e cuidado com a própria saúde. Dos familiares com quem conversamos e que se revezavam no cuidado de pessoas da casa, alguns eram atenciosos e, inclusive, observamos uma relação bastante carinhosa entre cuidadores e os pacientes. O auxílio de pessoas

ligadas a igrejas, seja em função de ser o paciente adepto a alguma delas, ou mesmo em função de atividades próprias desenvolvidas pelos fiéis e pastores, foi citado inúmeras vezes por familiares, profissionais médicos e pelas agentes comunitárias.

No bairro Andorinha, em visita médica da Dr.^a Eduarda, juntamente com o geriatra que realizava matriciamento com a equipe de saúde, observamos uma situação que descrevemos a seguir. A agente comunitária agendara uma visita médica para um senhor (80 anos), morador há poucos meses no bairro. Ao chegarmos, fomos recebidos pela esposa, com idade em torno de 60 anos, que, de forma muito apressada, solicitou para Dr.^a Eduarda uma avaliação médica do marido para que pudesse interná-lo em clínica de repouso.

Com o desenrolar da consulta, a avaliação do geriatra e a conversa com o paciente, a médica indicou que seria melhor que pudesse realizar alguns exames, pois o senhor não consultava há mais de 5 anos. Tinha boas condições de saúde e a esposa falou que tomava apenas um comprimido de aspirina infantil, mas não sabia o motivo para tal. Relatou que o marido ficou muito abatido e, praticamente, parou de falar depois que perdeu muito dinheiro na bolsa de valores, com piora do nível de vida. A esposa mencionou que é funcionária pública aposentada e tem bom salário, mas que ele ficou com uma pequena aposentadoria. Quando Dr.^a Eduarda perguntou ao paciente se queria ser internado em clínica de repouso, ele prontamente negou. A esposa ficou bastante contrariada e falou, em tom de represália, que ele então ficaria sozinho, pois ela também era doente e não poderia mais cuidar dele. A enteada do paciente, uma mulher que preparava o almoço, apareceu e disse que também não poderia cuidar dele, porque também era doente e, inclusive, precisava sair logo após o almoço para ir ao médico.

Dr.^a Eduarda conversou com a esposa e orientou que não tomasse qualquer decisão antes que pudesse avaliar melhor o quadro do paciente, pois ele precisaria de mais atenção e uma avaliação melhor da situação clínica, já que aparentemente não apresentava nenhum sinal grave de comprometimento de saúde. A médica procurou conversar com o paciente que respondia monossilabicamente, e me pareceu um pouco amedrontado com a situação. Após a visita, a médica e o geriatra levantaram a hipótese diagnóstica de depressão, envolvendo a situação familiar e, provavelmente, a perda financeira ocorrida. Dr.^a Eduarda retornaria para visita na semana seguinte.

Conversei com os médicos sobre a avaliação do ocorrido na visita e, apesar da indignação com o quadro, pelo fato de a esposa querer internar o paciente contra sua vontade, relataram que precisavam avaliar melhor a situação e, com calma, com a equipe, procurar uma melhor alternativa. A dificuldade de o paciente em locomover-se, embora tenha ido levar-nos até o portão na nossa saída, devia-se principalmente à arquitetura da casa. Uma casa espaçosa, mas com muitos níveis e escadas, dificultando sobremaneira o deslocamento de uma pessoa idosa.

A situação descrita acima dá-nos a ideia de quão complexo pode ser o cuidado em saúde. Essa complexidade é comum para o médico de família que se depara com situações desse tipo, precisando posicionar-se, sem emitir julgamentos, estando disponível para o paciente e família e procurando as alternativas para o melhor cuidado em conjunto com o paciente e pessoas envolvidas. Assim, compreender a situação e saber comunicar-se é a peça chave para iniciar uma aproximação, não permitindo que os próprios valores morais interfiram. Isso, nós podemos perceber como um processo de aprendizado. Apenas no conviver com situações semelhantes e

diversas, às vezes concomitantes, é possível poder auxiliar as pessoas, deixando que elas estabeleçam a melhor forma de resolver os seus problemas.

Em geral, a própria família organiza-se a fim de possibilitar um melhor atendimento para a pessoa adoentada. Observamos uma visita realizada pela Dr.^a Lígia, no bairro Canário, a uma senhora recém-chegada, que morara em uma localidade contígua, com uma filha. Segundo a filha, que estava com a mãe no momento da visita, ela precisou sair de outro município, no interior do estado onde morava com outro filho, pois este não podia mais despender os cuidados de saúde em razão de novo trabalho. Assim, resolveram de comum acordo que viria morar em Florianópolis. Como a mãe queria morar em sua própria casa e não com a filha, no bairro vizinho, resolveram alugar uma casa para ela, na frente da casa do neto que seria o cuidador. A senhora tinha problema de asma brônquica crônica e no momento apresentava um episódio de agudização do quadro por ter ficado sem medicação de uso contínuo. Era uma pessoa bem disposta e de muito bom humor que, apesar de estar em crise aguda de asma, falando com a voz entrecortada pela respiração ofegante, disse-nos que era feliz, porque, apesar da asma, não tinha outro problema de saúde. Quando em uso das medicações, não tinha problema algum e podia realizar todas as atividades do dia a dia.

No domicílio existe uma dinâmica própria envolvendo as situações presentes, passadas e as possibilidades futuras vividas pela pessoa que é atendida, sua família, o médico e a equipe de saúde. Trata-se de uma prática que tem reflexos no processo de trabalho do médico e da equipe, favorece o desenvolvimento de habilidades de comunicação e toca num ponto nevrálgico, que é a coordenação do cuidado de saúde e a situação dos cuidadores. Vamos perceber que algumas alternativas de tratamento

surtem da integrao do conhecimento prático que se estabelece a partir do domicílio, fugindo de algumas normas estabelecidas. As questões e solues práticas que são tecidas nesse meio microssocial, o domicílio, apresentam-se como uma técnica-arte, favorecendo um maior espaço para participação do paciente e da família. Procuraremos, então, abordar essas questões, sem a pretensão de esgotá-las, tendo como base as informações levantadas a partir da pesquisa realizada.

O deslocamento de pessoas para outros bairros e, às vezes, para outro município, na busca de um cuidador familiar, é uma maneira utilizada para atender à pessoa que necessita de cuidados. O(a) médico(a) de família precisa, algumas vezes, entrar em contato com outros profissionais médicos, de outros centros de saúde, para saber do quadro clínico desse paciente. Dr.^a Lígia conta uma de suas experiências com uma senhora que cuidou da mãe adoentada e a respeito de outras pessoas que cuidam de pacientes no bairro.

Os cuidadores têm um ótimo vínculo com a unidade. Em outros lugares em que eu trabalhei isto era mais difícil. Uma situação particular que eu tive, infelizmente depois de três anos ela faleceu, foi uma paciente que estava há quase doze anos acamada, uma senhora idosa. A filha fez curso de técnico de enfermagem e me emocionou muito, porque a filha tinha muitos problemas de saúde. Mesmo assim, ela tinha uma dedicação de tempo integral pra mãe, como se ela estivesse num hospital. Era interessante porque a gente trocava ideias. Era uma senhora que, além do curso técnico, quando a mãe ficava hospitalizada, tinha adquirido experiência no convívio com as enfermeiras do hospital, com médicos, então, ela tinha um pouco de conhecimento na área de saúde. Quando eu visitava a mãe, ela tirava as dúvidas, explicava como ela estava fazendo os curativos, como estava administrando os medicamentos. Muitas vezes a sonda nasogástrica entupia. Ela criava outras maneiras de administrar o medicamento. É uma pessoa criativa que tinha bastante conhecimento de cuidados. Ela sabia todos os caminhos pra que as coisas acontecessem mais rapidamente. Foi ao Ministério Público pra conseguir medicamentos mais caros. Quando eu visitava outro paciente, eu pedia autorização dela para fornecer o telefone, para que o familiar desse paciente entrasse em contato e que ela pudesse passar um pouco da experiência que tinha como cuidadora. Ela me ajudava um monte... A gente ficou mais de um ano sem enfermeira e ela era praticamente a “enfermeira” que me ajudava, quase parte da minha equipe.

Dr.^a Lígia relata que a experiência das pessoas que cuidam de pacientes, em geral familiares, no bairro Canário, tem sido um aprendizado para ela e também para a equipe de saúde. As pessoas não ficam esperando a avaliação do profissional de saúde para instituir determinado cuidado, uma vez que já conhecem essas técnicas e têm alguma experiência prévia. A criatividade é a tônica para que as pessoas possam desenvolver cuidados, adaptando-os da melhor maneira conforme o problema do paciente, com algumas situações inusitadas.

No Canário já teve médico homeopata, então eles [os cuidadores)]aprenderam alguns tratamentos homeopáticos. Eles têm iniciativa de usar medicação. Por exemplo, uma técnica de enfermagem tinha uma experiência muito grande com a medicação que era prescrita pelos médicos e ela percebia que um tratamento não estava dando certo. Daí, ela lembrava alguns tratamentos que eram prescritos no hospital e aplicava com sucesso. Pacientes que viram que a mão estava atrofiada e começaram a realizar exercícios. Se a mão ficava muito úmida, não estava bem sequinha, então usam pomada para assadura, talquinho antisséptico. Eles vão tentando de alguma forma ajudar, porque às vezes querem agendar uma visita, mas vai demorar. A equipe já prescreveu algo que não funcionou muito bem, ou o paciente teve alguma alergia, ou a família não conseguiu comprar a medicação, não conseguiu aplicar a medicação, etc. Eles procuram alternativas nos conhecimentos passados de geração em geração na família, ou em cursos, ou grupos. Na maioria das vezes os resultados são muito bons.

Pelos relatos aqui expostos, não observamos situações em que a ausência específica de um cuidador impedisse a equipe de saúde da família de desenvolver cuidados no domicílio. A realidade é mais forte e a prática diária com o envolvimento da equipe suscita os profissionais a levantarem os problemas, discutirem alternativas, mesmo quando a situação é mais crítica, como no relato angustiado de Dr.^a Antônia, no bairro Sabiá.

Essas situações deixam evidente que a prática clínica do médico de família é uma prática que exige interação, e que, para tanto, a comunicação torna-se uma necessidade. Uma prática voltada para a construção de um projeto compartilhado de

cuidado entre o médico, paciente e família, que pressupõe vínculo, responsabilização e confiança, está inserida numa medicina que Schraiber (1993; 1997; 2008) caracteriza como *técnica moral-dependente*. Ela é *técnica moral-dependente* na perspectiva em que o profissional assume uma prática em que o diálogo permita uma escuta sensível, inserida no horizonte normativo não restrito à técnica, mas englobando a dimensão existencial, como cita Ayres ((2008). Nesse ínterim, a terapêutica torna-se assim, simultaneamente, um ato de rotina, mas também um ato de criatividade (Schraiber, 2008, p. 218-19). Como a autora menciona,

a proposição da terapêutica só se completa quando atinge uma formulação algo independente do científico, com a contemplação das exigências da vida social, adequando-se aos usos cotidianos do corpo nas condições socioeconômicas que detém cada pessoa ou sujeito social em tratamento.

Nessa circunstância, o médico no seu lidar diário com os pacientes e famílias residentes na área de abrangência da equipe de saúde da família tem a oportunidade de experimentar de forma vívida, como aqui descrevemos, a prática médica como tecnologia e arte. Como Schraiber (2008, p. 223) enfatiza, não são etapas, mas “especificidades qualitativas da ação, que coexistem de modo totalmente interpenetrado”. Essa relação entre a técnica e o humano, entre técnica e arte, esse “encontro”, como cita a autora, é o fundamento ético da medicina. Podemos perceber isso na prática cotidiana do médico de família. A oportunidade que proporciona a VD, no contexto da ESF, permite ao profissional médico interações que podem suscitar reflexão sobre a sua prática. Isso porque, segundo Schraiber (2008, p. 191), as referências para que o médico possa desenvolver essa crítica inserem-se na própria prática e “nas finalidades do trabalho em medicina, por ter que satisfazer as necessidades dos doentes”. À medida que se depara com cada “caso”, o profissional

tem a oportunidade de “duvidar e refletir”. Segundo a autora, “a medicina como trabalho reflexivo encontra seus fundamentos, antes de tudo, no próprio cotidiano da prática”.

7.10 O CONTEXTO DOMICILIAR COMO ESPAÇO DE INTERAÇÃO: A COORDENAÇÃO DO CUIDADO

Por tudo isso aqui colocado, podemos dizer que o médico de família, no contexto que analisamos, desenvolve uma função de coordenador de cuidados de saúde para o paciente que acompanha. McWhinney (1997) aponta essa característica como uma das funções mais relevantes do médico de família. Podemos assinalar alguns pontos que sugerem isso com base na pesquisa que realizamos, embora essa questão não seja exclusiva da visita domiciliar, já que o médico torna-se referência na comunidade em que atende e estabelece vínculo.

O vínculo estabelecido na comunidade onde trabalha aliado ao acesso mais facilitado pelo convívio no centro de saúde, incluindo os outros profissionais da equipe, fortalece a confiança entre o usuário e o médico. Esse profissional deixa de ser mais um entre tantos e passa a ser uma referência, como podemos perceber em alguns depoimentos quando o paciente é referenciado ao especialista, segundo nível de complexidade.

É variável, tem bastante reclamação, mas tem paciente que fica satisfeito, elogia bastante. Hoje a gente pode contar com uma facilidade que é quando os especialistas são profissionais da rede. Como estamos

interligados em rede, eu consigo ler [prontuário eletrônico] a avaliação do colega. Têm sido avaliações muito boas, bem completas. Mas até no início do ano (2008) a gente tinha uma carência completa de contrarreferência. Às vezes o paciente até tenta, mas não consegue explicar pra gente como foi a consulta, o diagnóstico, como foi orientado o tratamento e nem os exames que ele vai fazer. Às vezes tem dificuldade de ler a receita, entender a prescrição. Mas ultimamente, tem mais elogio que reclamação. Alguns pacientes se queixaram de terem sido maltratados. Foram atendidos assim, correndo, queriam fazer perguntas, tinham dúvidas, o profissional estava com pressa e com muita gente para atender. Mas felizmente, são poucas queixas. *Depois que vão ao especialista, muitos pacientes me procuram para que eu explique a receita ou outro procedimento, principalmente pelo vínculo que existe. Para ouvir uma segunda opinião, prá deixar a gente a par do que eles estão usando de medicamento, vêm mostrar os exames prá gente. É interessante que alguns colegas, mesmo antes da informatização, criaram um vínculo... Por exemplo, eu não conheço a cardiologista, Dr.^a (...), mas ela fala que eu atendo muito bem os pacientes e fala prá eles isso, que eu encaminho bem os pacientes, manda abraço pra mim. A gente consegue criar uma amizade “virtual” com o colega através dos pacientes. (grifo nosso) (Dr.^a Lígia/bairro Canário).*

É importante observar no depoimento que o atendimento da médica, embora seja de primeiro nível, a Atenção Primária, torna-se, na prática, também uma espécie de supervisão do segundo nível, quando orienta e esclarece os pacientes e familiares sobre a conduta do especialista. A esse relato segue-se outro na mesma linha. Vejamos:

Eles se queixam bastante do especialista. Eles [os pacientes] dizem que os médicos focam apenas no tratamento, mudam o remédio e eles têm que vir aqui no posto para que eu explique. Nem querem saber o que o paciente está comendo e sabem que o médico do posto cuida disso. Essas orientações ficam por nossa conta. Eles [os pacientes] comentam que gostam mais de vir ao posto e ser atendido em casa, porque são ouvidos de forma melhor. (Dr.^a Eduarda/bairro Andorinha).

Como o município de Florianópolis tem quase a totalidade dos centros de saúde informatizados, incluindo as policlínicas de referência, o prontuário eletrônico facilita o acesso ao conteúdo da consulta realizada nos outros locais. No entanto, os pacientes retornam ao centro de saúde para ouvir “a opinião” do médico que o encaminhou, mesmo quando o atendimento foi satisfatório.

Nas visitas que observamos, os pacientes acompanhados pelos profissionais e alguns que entrevistamos eram atendidos pelo médico do centro de saúde e por outros especialistas. Em geral, os pacientes apresentam problemas crônicos (como já descrito) e algumas intercorrências e necessitam de um médico que possa coordenar os cuidados, evitando custos desnecessários, ficando atento aos possíveis efeitos colaterais das medicações e mantendo um canal de comunicação, também com o especialista. Com a implantação de policlínicas de referência de especialidades de segundo nível, por distrito sanitário, essa comunicação tornou-se mais facilitada e deu ao médico de família a possibilidade de articular-se, no sentido de ser o gerenciador do cuidado de saúde do paciente, na sua área de atuação.

Alguns exemplos observados fortalecem essa ideia. Dr. Cláudio acompanhou a situação de um paciente diabético, com obesidade mórbida e alta resistência insulínica e, em acordo com o paciente e família, indicou a cirurgia bariátrica, mudando drasticamente o prognóstico do paciente.

Comecei a consultar (no centro de saúde) logo que amputei os dedos do pé, ainda quando era o posto antigo, em torno de uns 6 anos. O Dr. Cláudio é um entre três, porque tinha uma doutora antes que também me visitava e era muito taxativa. A gente não pode, sabe assim, tem certas coisas que você não pode impor na vida de um paciente. Você pode sugerir e fazer o paciente pensar. O Dr. Cláudio trabalha assim, ele sugere e me faz pensar. Ele acaba me fazendo fazer coisas de tabela. Não adianta você chegar pro paciente e dizer: Você tem que fazer! Quando você faz o paciente pensar, ele acaba achando a maneira apropriada e o Dr. Cláudio faz assim... Eu sempre digo prá Livia [agente comunitária que nos acompanha] que este [o centro de saúde] é o melhor lugar de atendimento pra mim. Sempre que eu preciso, eu vou lá. Se preciso de remédio, se preciso de consulta. O médico passa por mim, ele me conhece pelo nome, é espetacular. Isso me ajudou bastante. (Carlos/bairro Bem-Te-Vi).

Outra paciente visitada por Dr.^a Lúcia, com 60 anos, viúva, de classe média, embora consultando reumatologista, pois é portadora de poliomiosite e com sequelas

de hanseníase tratada há anos, é acompanhada pela médica em consulta domiciliar. Dr.^a Lígia avalia receitas e exames que realizou com o especialista e registra no prontuário de papel para depois transcrever no eletrônico, faz o exame físico, escuta a paciente, incluindo as queixas clínicas e conversa sobre a família. Além de mim, participou da visita a agente comunitária. A maior parte da consulta, entretanto, girou em torno da festa de aniversário (surpresa) que a família fez para a paciente. Com o auxílio da agente comunitária, levou as fotos e fez questão de nos mostrar, falando dos filhos e netos.

Essa conversa simples, falando dos fatos da família, algumas vezes alegres, outras vezes tristes, desabafando sobre os problemas do dia a dia é recorrente nas visitas e também nas consultas do centro de saúde. No entanto, na casa do paciente, ela se reveste de outro sentido. A proximidade, a possibilidade de conversar sem ter pressa de atender outro paciente que aguarda a consulta, de encontrar familiares, observar, sentir e presenciar um pouco da vida daquela família faz diferença para o médico; e ao mesmo tempo, ver o profissional na sua casa, ficando à vontade de falar e exprimir o que deseja, torna a relação também mais simples para o paciente.

Esse encontro entre médico e paciente permite que retomemos algumas considerações já realizadas, seguindo as formulações de Schraiber (2008). Na Atenção Primária, a ESF possibilitou que o médico de família, ao encontrar o paciente no contexto da comunidade onde vive e também local de trabalho da equipe de saúde, fortalecesse o vínculo, gerando uma esfera de confiança e propiciando o desenvolvimento de uma relação não apenas baseada no caráter técnico da prática, mas incluindo relações éticas que dão uma nova conformidade ao próprio ato médico.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao iniciarmos este trabalho, deixamos claro que a visita domiciliar, sendo um instrumento de assistência à saúde, tem para a prática do médico de família um significado simbólico marcante, pois expõe o profissional às circunstâncias e situações que, habitualmente, não tem a oportunidade de perceber quando atende no consultório e estimula à formação de vínculo entre o médico, paciente e família.

O que pudemos constatar é que a visita permite ao profissional médico refletir sobre sua prática, colocando para ele desafios que envolvem sua capacidade em comunicar-se, em interagir fora de um contexto protegido, que representa o centro de saúde e o consultório, e onde as demandas surgem a partir do modo de vida do paciente e sua família. A interação que acontece na visita domiciliar e o desenvolvimento de um vínculo de confiança com o usuário e família favorecem o caráter reflexivo da prática médica, contribuindo para o trabalho em equipe, valorizando as atividades desenvolvidas pelos outros profissionais de saúde e ressignificando a prática do consultório.

O objetivo geral colocado no projeto desta pesquisa foi ambicioso, impregnado da utopia comum daqueles profissionais que se encontram comprometidos com a Atenção Primária. Certamente, não podemos afirmar que a visita domiciliar realizada pelo médico de família seja um indicador de mudança da prática médica, no sentido de que, apenas em função da VD, essa prática se torne menos assimétrica, autoritária e monopolizadora do saber na área da saúde. No entanto, constatamos que a VD compromete o profissional médico com as pessoas e comunidade a que atende, porquanto expõe e envolve o médico com a vida que rodeia o consultório e que,

tradicionalmente (e pelas questões que discutimos neste trabalho), não se incorpora no escopo de demandas passíveis de serem atendidas no campo da saúde.

Dentro dos objetivos a que nos propomos, podemos dizer que a percepção dos profissionais em relação à VD é que se trata de uma atividade que atua positivamente na evolução clínica dos pacientes atendidos. Isso porque, conforme relato dos profissionais, o acompanhamento médico e adesão ao tratamento propostos dependem do vínculo estabelecido entre profissional, paciente e família. Um tratamento dificilmente pode ter êxito se as pessoas envolvidas, incluindo paciente, profissionais de saúde (em especial o médico) e familiares não compartilharem conhecimentos, dúvidas, críticas e poderem sugerir opções que acreditam ter viabilidade no caso.

Muitos exemplos são citados no capítulo oito, em que as médicas e médico relatam que, em razão do vínculo e da facilidade de acesso ao serviço de saúde, em geral os pacientes acompanhados têm um número menor de internações hospitalares, conseguindo o cuidador ou familiar gerenciar intercorrências, sem necessitar recorrer frequentemente ao serviço de saúde, ou, às vezes, em razão do vínculo, essa procura se torne frequente, como citado no centro de saúde Beija-Flor.

Os problemas de saúde dos usuários que recebem visitas envolvem doenças crônicas como diabetes mellitus e hipertensão arterial, que necessitam, na sua maioria, tratamento contínuo, medicamentoso e não medicamentoso. No entanto, quando o médico de família tem a oportunidade de entrar nas casas desses pacientes, como vimos, eles deparam-se com as situações da vida relativas às condições sociais e psicológicas como: o tráfico de drogas e assassinato; dificuldades econômicas, de moradia e de transporte; solidão, entre outras que estão relacionadas diretamente com

o motivo do adoecimento. Isso significa que o médico de família se depara com o que Mendes Gonçalves (1994, p. 58), apoiado em Donnangelo e Canguilhem, menciona como a *normatividade extrabiológica*, que desde sempre esteve presente e que é inerente ao processo de viver e adoecer daquelas pessoas. Entendemos que, como menciona Mendes Gonçalves (1994), é esta normatividade externa que tem como característica fundamental a *variação*, que representaria a sua *historicidade*, a qual não pode deixar de estar incorporada na visão da Medicina de Família.

A prática da VD permite ao profissional médico desenvolver a comunicação como uma habilidade, mas, mais do que isso, a comunicação é uma necessidade para o trabalho, especialmente no contexto da APS. Isso se torna perceptível na interação que ocorre no domicílio e suscita novas experiências a cada dia. Ficou evidente na fala das médicas e do médico que entrevistamos e acompanhamos nas visitas. Para ele(as) a VD é “um aprendizado” que se vai consolidando com a experiência cotidiana, por isso, a nosso ver, isso só acontece se estiver interligada a um corpo de conhecimentos e ao caráter de longitudinalidade do cuidado em saúde. A longitudinalidade, característica básica na Atenção Primária e na Medicina de Família, não pode ser desconsiderada quando se pretende um sistema de saúde de qualidade para todos os cidadãos.

Para as pessoas que são atendidas pela equipe de saúde da família que entrevistamos ou tivemos contato mediante os profissionais, na observação de campo, a assistência prestada na VD facilita a comunicação e permite uma interação que impacta o tratamento instituído. Isso porque os pacientes necessitam de um acompanhamento que envolva, além da assistência terapêutica propriamente dita, uma abordagem que possa englobar esse “caráter humano” da prática. Para Schraiber

(2008), seria o caráter de “arte”, presente na *medicina liberal*, mas que nem por isso pode deixar de estar presente na medicina atual, pois essa característica envolve as questões éticas e morais do cotidiano do trabalho do profissional médico. É essa “qualidade”, muito mais que uma característica, que pudemos observar no relato de alguns pacientes quando expressavam surpresa pelo atendimento, que julgavam “ótimo”, e pelo profissional médico que os visitava, que, “mesmo sendo médico”, era “uma pessoa legal”.

Conforme pudemos constatar, os problemas de saúde que motivaram as VDs médicas são em geral doenças crônicas, mas também problemas agudos podem demandar o atendimento, embora o profissional não tenha disponibilizado na agenda esse tipo de assistência no domicílio. A maior parte dos pacientes que entrevistamos e observamos em VD não poderiam ser incluídos nesse tipo de assistência se fossem adotados os critérios estabelecidos segundo a Cruz Vermelha Espanhola, ou os protocolos de assistência/internação domiciliar adotados em alguns serviços, ou, ainda, os critérios do próprio Ministério da Saúde. A ausência de um cuidador específico para assistir a pessoa adoentada foi um fato comum observado. Arranjos próprios e várias combinações foram observados para que o paciente tivesse assistência médica para o seu caso. De qualquer forma, a situação da necessidade de um cuidador é um fator de angústia para alguns profissionais no sentido de poder garantir uma melhor assistência para o paciente. No entanto, o fato da ausência de um cuidador não impediu o profissional médico de manter o acompanhamento domiciliar.

A elegibilidade de critérios para VD médica, embora incorporando os motivos dispostos nos protocolos, no contexto da ESF, varia conforme a situação que é

vivenciada pelas equipes de saúde. O critério do “bom senso” ainda é o que se encontra presente na fala dos profissionais entrevistados. A internação hospitalar é procurada pelo paciente e família em última necessidade. Desde que têm acesso à equipe de saúde da família, o paciente e os familiares procuram esses profissionais para aconselhamento e avaliação, sempre que possível, colocando para o médico de família uma atuação como coordenador dos cuidados de saúde.

Por fim, a visita médica domiciliar, ao integrar o PSF e, posteriormente, a ESF, possibilitou uma atividade em que o médico de família tem a oportunidade de sair do seu casulo, o consultório. Mesmo de posse dos protocolos e diretrizes clínicas, o profissional vai deparar-se com o conhecimento, a cultura e os meios disponíveis pelo paciente e sua família, na sua casa. Essa situação, como vimos, tem um “potencial de realidade” único que vai suscitar que o médico procure desenvolver o trabalho em equipe, uma vez que, para lidar com os problemas de saúde de forma abrangente, como acontece com a vida das pessoas, é preciso do aporte de conhecimentos e cuidados dos outros profissionais.

Além disso, o profissional médico percebe que existem “problemas coletivos”, ele tem consciência disso, mas a visita oferece a oportunidade de presenciar essa realidade. O problema do acesso e transporte, da falta de áreas de lazer, do medo provocado pela violência, a dificuldade econômica que passam as famílias, etc. começam a ser incorporados como problemas de saúde, como problemas que geram doenças e mantêm as pessoas doentes. A percepção da impotência frente às demandas colocadas pelo modo de vida da população é positiva porque torna esse(a) médico(a) “mais humano”, percebendo ele próprio os seus limites.

Embora tenha presentes os objetivos práticos com metas terapêuticas que “deve” perseguir para que os pacientes manifestem melhora clínica, o plano terapêutico desenvolvido com os pacientes no domicílio, especificamente falando, vai modificando-se conforme o tempo. O acompanhamento clínico, pensado de forma criteriosa, também não pode ser tomado à risca, como diríamos. Mescla-se, assim, com aquilo que o paciente e a família podem fazer, levando em consideração as dificuldades que encontram no dia a dia, no lidar com o problema de saúde.

Cabe ao médico de família entender esse processo, interagir com as pessoas no sentido de estabelecer um vínculo que permita confiança o suficiente para admitir o que, juntos, podem e o que não podem fazer. E como mencionou um dos profissionais entrevistados, isso contribui para que o médico possa expor seus limites, admitindo que precise estudar mais, discutir com a equipe ou encaminhar para um especialista.

Essa interação permite que a comunicação entre o médico, o paciente e a família se desenvolva não apenas com a preocupação de uma anamnese de consultório, mas seguindo a forma de conversação livre que é ditada pelo contexto em que acontece a VD. Assim, a própria interação/comunicação é uma ação. Essa ação pode ser considerada apenas estratégica, se o profissional médico busca alcançar uma meta em relação ao tratamento instituído, não considerando a participação do paciente e família, além das situações que envolvem o contexto no domicílio. No entanto, o que pudemos constatar na pesquisa aqui realizada é que existe a preocupação de que a assistência aconteça de forma mais participativa, abrindo a perspectiva para outras formas de tratamento trazidas pela família. Ao integrar opiniões e planos elaborados com os pacientes e suas famílias, a visita

domiciliar possibilita outras formas interativas, podendo favorecer que se aliem condutas que buscam a eficácia técnica (êxito técnico) com aquelas que se dirigem aos projetos de felicidade de pacientes e familiares (sucesso prático).

Tivemos a oportunidade de realizar esta pesquisa num município em que os profissionais médicos, na sua maioria, têm especialização ou residência em Medicina de Família e Comunidade, ou similar, além de uma rede docente assistencial que dá suporte às atividades desenvolvidas nos centros de saúde, estimulando um comprometimento com o modelo da ESF, na Atenção Primária. A Atenção Primária como primeiro nível de atenção precisa ter, além da qualidade técnica, também a incorporação de demandas surgidas na dinâmica da vida das pessoas e famílias a que atende. Essas demandas não estão dispostas apenas externamente ao centro de saúde e consultório médico, elas fazem parte da vida e, principalmente, do adoecimento das pessoas. Mas ao sair para fazer a VD, o médico tem a oportunidade de percebê-las de forma diferenciada. Elas trazem questões éticas que desafiam as equipes de saúde, ensejando respostas para serem buscadas de forma compartilhada. Ao buscar a comunicação num processo interativo que se baseie no entendimento mútuo, o profissional médico tem diante de si o desafio de deixar de aplicar o rigor dos manuais técnicos para compartilhar um cuidado no qual o paciente e a família coloquem os seus limites e os seus projetos. Compreender o que fala Canguilhem (2006; 175): “não existe absolutamente vida sem normas de vida, e o estado mórbido é sempre uma certa maneira de viver”.

ANEXO A – ESCALA DE AVALIAÇÃO DA INCAPACIDADE FUNCIONAL DA CRUZ VERMELHA ESPANHOLA

A Cruz Vermelha Espanhola desenvolveu uma *Escala de Avaliação da Incapacidade Funcional* como critério para verificar a necessidade de visitas domiciliares a qual é utilizada internacionalmente. A saber:

- ✓ Grau 0: Vale-se totalmente por si mesmo. Caminha normalmente.
- ✓ Grau 1: Realiza suficientemente as Atividades da Vida Diária (AVD). Apresenta algumas dificuldades para locomoções complicadas.
- ✓ Grau 2: Apresenta algumas dificuldades nas AVD, necessitando apoio ocasional. Caminha com ajuda de bengala ou similar.
- ✓ Grau 3: Apresenta graves dificuldades nas AVD, necessitando de apoio em quase todas. Caminha com muita dificuldade, ajudado por pelo menos uma pessoa.
- ✓ Grau 4: Impossível realizar, sem ajuda, qualquer das AVD. Capaz de caminhar com extraordinária dificuldade, ajudado por pelo menos duas pessoas.
- ✓ Grau 5: Imobilizado na cama ou sofá, necessitando de cuidados contínuos.

ANEXO B – ROTEIRO DE ENTREVISTA REALIZADA COM O USUÁRIO E FAMÍLIA QUE RECEBE VISITA MÉDICA DOMICILIAR

Informações sobre o entrevistado (usuário e família)

Nome:.....

Idade: Profissão:

[perguntar sexo, estado civil]

Endereço:.....

Número de pessoas que moram na casa: N.º de aposentos:

(Perguntar se é o chefe da casa ou com quem vive.)

(Perguntar se na casa tem luz, água, eletricidade.)

Roteiro de entrevista (usuário)

1. Há quanto tempo mora no bairro?
2. Desde quando começou a receber visita médica domiciliar? Já havia recebido visitas em outro bairro?
3. Qual o problema que motivou as visitas médicas e quem realizou a solicitação?
4. Como é feita a marcação da visita médica domiciliar? Existe prazo determinado para a visita?
5. Qual a sua opinião sobre a visita realizada pelo(a) médico (a) na casa do paciente?
6. Desde que começou a receber a visita do(a) médico(a), como você percebe a sua situação de saúde, com que frequência você tem precisado ir à emergência do hospital? E ao centro de saúde?
7. Quais dificuldades você (sua família) vê na visita realizada pelo(a) médico(a)?
8. Já precisou ser internado em hospital? Ocorreu algum contato do(a) médico(a) que o visita no hospital, antes da internação?
9. Quais as facilidades (vantagens) que vê na visita realizada pelo(a) médico(a) na casa do paciente?
10. Em relação aos materiais necessários e medicamentos, existe alguma dificuldade de acesso?

11. Solicitar opinião de familiar (cuidador) sobre visita médica recebida pelo(a) usuário(a).

(Perguntar ao usuário se teria alguma sugestão para melhorar o sistema da visita médica.)

(Perguntar ao usuário como qualificaria sua relação com o médico de família que lhe faz a visita médica em forma periódica: apenas profissional; profissional, mas também humana; pessoal, etc.)

**ANEXO C – ROTEIRO DE ENTREVISTA REALIZADA COM O MÉDICO
QUE REALIZA VISITA DOMICILIAR E COM MÉDICO QUE
NÃO REALIZA VISITA DOMICILIAR**

Informações sobre o(a) médico(a):

Nome: _____ Idade: _____ Ano de formatura: _____
(Perguntar sexo, estado civil)
Residência/especialização/pós-graduação: _____ Ano: _____
Tempo que trabalha como médico(a) de família: _____
Tempo que trabalha no PSF: _____
Tempo que trabalha neste bairro como médico(a) de família (ou médico geral): _____
Carga horária: _____

Roteiro de entrevista realizado com médico(a) que realiza visita domiciliar:

1. Você tem um período definido em que realiza visita domiciliar?
2. Se realizou visitas em outros bairros da cidade, ou outros municípios, anteriormente, como descreveria essas visitas? Existem diferenças entre essas visitas e as que realiza atualmente?
3. Qual sua opinião sobre a visita médica e o que representa para evolução clínica e cuidado de saúde dos(as) usuários(as) visitados(as)? Em relação à família?
4. Quais as causas mais frequentes de adoecimento que motivaram as visitas médicas? Quais são os outros motivos que determinaram visitas médicas?
5. Na sua opinião, como o usuário e sua família avaliam a visita médica?
6. Você poderia caracterizar os usuários e famílias que visita? (Quanto à classe social, nível de escolaridade, naturais do bairro ou migrantes, integração com a comunidade, etc.)
7. Quais os critérios que deveriam ser adotados para determinarem a realização das visitas médicas domiciliares?
8. Quais são os fatores fundamentais para realização de visitas domiciliares e em que condições elas não podem ser realizadas?

9. Você acha que fazer visita domiciliar muda o seu trabalho na unidade como médico(a)?
10. Qual seu conhecimento sobre visita médica domiciliar antes do PSF? Há quanto tempo faz visita? Ocorreu mudança na sua percepção sobre as vantagens e desvantagens da VD?
11. Em sua opinião, há alguma modificação da frequência que essas pessoas visitadas procuram a unidade de saúde para tratamento? Ou a emergência hospitalar?
12. Conte uma situação envolvendo usuário (família) que tenha visitado e que o tenha marcado.

(Perguntar ao médico que realiza a visita se teria alguma sugestão para melhorar o sistema da visita médica.)

(Perguntar ao médico que realiza a visita como qualificaria sua relação com os usuários aos quais faz uma visita médica em forma periódica: apenas profissional; profissional, mas também humana; etc.)

Para o(a) médico(a) geral que trabalha em centro de saúde e não realiza visitas:

1. Como você avalia o acompanhamento clínico que realiza dos usuários a que atende? O atendimento realizado no centro de saúde é suficiente para a condução clínica?
2. Qual sua percepção do vínculo que estabelece com o usuário? Como acontece o envolvimento da família do usuário)?
3. Embora não realize visitas, você costuma trabalhar de forma articulada com outros profissionais que as realizam?
4. Qual sua opinião da visita médica realizada no PSF?
5. Aponte algumas facilidades e dificuldades que, em sua opinião, estariam relacionadas com as visitas médicas domiciliares.

REFERÊNCIAS

- Albuquerque ABB, Bosi MLM. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários, município de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad. de Saúde Pública*, maio 2009; 25 (5):1.103-112. [citado 12 jan 2010]. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v25n5/17.pdf>.
- Andrade LOM, Barreto ICHC, Fonseca CD, Harzheim E. A Estratégia Saúde da Família. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, organizadores. *Medicina Ambulatorial. Condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 3. ed. São Paulo: Artmed; 2006. p. 88-100.
- Aragão LMC. *Razão Comunicativa e Teoria Social Crítica em Jürgen Habermas*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1992.
- Aylin P, Majeed FA, Cook DG. Home visiting by general practitioners in England and Wales. *General Practice*. BMJ. 1996; 313: 207-10. [cited 2009 dec 20]. Available from: <http://www.bmj.com/cgi/content/abstract/313/7051/207>.
- Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2001; 6(1): 63-72.
- Ayres JRCM. *Epidemiologia e Emancipação*. 2. ed. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco; 2002.
- Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de Saúde. *Saúde e Sociedade*. 2004; 13(3): 16-29.
- Ayres JRCM. Uma concepção hermenêutica de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2007; 17(1): 1-10. [citado 16 jul 2008]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid+S0103-73312007000100004&1.
- Ayres JRCM. Para Comprender el Sentido Práctico de las Acciones de Salud: contribuciones de la Hermenéutica Filosófica. *Salud Colectiva*. 2008; 4(2): 159-172.
- Ayres JRCM. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: Deslandes SF, organizador. *Humanização dos cuidados em saúde. Conceitos, dilemas e práticas*. 1.^a reimpressão. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2008. p. 49-83.
- Becker HS. *Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais*. São Paulo: Hucitec; 1993.

Berg MJ, Cardol M, Bongers FJM, Bakker DH. Changing patterns of home visiting in general practice: an analysis of electronic medical records. *BMC Family Practice*. 2006; 17. [cited 2009 oct 10]. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/7/58>.

Bergeron R, Laberge A, Vézina L, Aubin M. Which physicians make home visits and why? A survey. *Canadian Medical Association Journal*, 1999; vol.161, p. 369-73. [cited 2009 dec 12]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1230536/>.

Béria JU. Prescrição de medicamentos. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, organizadores. *Medicina Ambulatorial. Condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 3. ed. São Paulo: Artmed; 2006. p.143-9.

Bernstein R J. *La reestructuración de la Teoría Social y Política*. México: Fondo de Cultura Económica; 1982.

Bernstein R J. *Beyond objectivism and relativism: science, hermeneutics and praxis*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press; 1983. p. 109-169.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portal do Ministério da Saúde.[citado 20 de mar/2009]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes para a Assistência Domiciliar na Atenção Básica/SUS*. (documento preliminar, 15.^a versão). 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Municipal de Atenção de Atenção domiciliar. Departamento de Atenção Básica; 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 648, de 28 de março de 2006. *Política Nacional de Atenção Básica*. [citado 24 de jun/2009]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/legislacao.php>

Camarano AA. Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança? *Estudos Avançados*. 2003: vol. 17. n. 49.

Canguilhem G. *Normal e o Patológico*. São Paulo: Forense Universitária; 2006.

Caprara A, Silva Franco AL. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Cadernos de Saúde Pública*. 1999; 15(3): 647-54.

Chaves M, Kisil M. Origens, concepção e desenvolvimento. In: Almeida M, Feuerwerker L, Llanos M, organizadores. *A educação dos profissionais de saúde na América Latina. Teoria e prática de um movimento de mudança*. Tomo 1. São Paulo: Hucitec/Lugar Editorial/Editora da UEL; 1999. p. 1-16.

Conill EM. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a Avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. *Cadernos de Saúde Pública*. 2002. vol. 18.

Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2008. vol. 24.

Costa AM. Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. *Saúde e Sociedade*. 2004; 13(3): 5-15.

Cotta RMM, Suárez-Varela MM, González AL, Cotta Filho JS, Real ER, Ricos JAD. La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas. *Revista Panam. de Salud Publica*. 2001; 10(1); 45-54.

Cunha GT. *A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica*. São Paulo: Hucitec; 2005.

Dalmaso ASW. Atendimento à demanda espontânea: Pronto-Atendimento e atividades programáticas. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes Gonçalves RB. *Saúde do Adulto. Programas e Ações na Unidade Básica*. Saúde em Debate-Série didática. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2000a. p. 151-163.

Dalmaso ASW. Análise de transformações da técnica em Medicina: reflexões sobre uma proposta metodológica. *Interface Comunicação, Saúde, Educação*. 2000b; 6: 49-60.

Denzin NK, Lincoln YS. A disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: Denzin NK, Lincoln YS e col. *O Planejamento da Pesquisa Qualitativa. Teorias e Abordagens*. 2. ed. São Paulo: Artmed/Bookman; 2007.

Deslandes S. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004; 9 (1): 7-14.

Dutra DJV. *Razão e consenso em Habermas: a teoria discursiva da verdade, da moral, do direito e da biotecnologia*. 2. ed. Florianópolis: Editora da UFSC; 2005.

Fine M, Weis SL, Weseen S, Wong L. Para quem? Pesquisa qualitativa, representações e responsabilidades sociais. In: Denzin NK, Lincoln YS. e col. *O Planejamento da Pesquisa Qualitativa Teorias e Abordagens*. 2. ed. São Paulo: Artmed/Bookman; 2007. p. 115-139.

Fortes PAC. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. *Saúde e Sociedade*. 2004; 13(3): 30-5.

Foucault M. *A hermenêutica do sujeito*. Curso dado no Collège de France (1981-82). 2. ed. São Paulo: Martins Fontes; 2006.

Foucault M. *O Nascimento da Clínica*. 6. ed. São Paulo: Forense Universitária; 2006.

Franco TB, Merhy EE. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy EE, Magalhães HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. Petrópolis/São Paulo: Editora Hucited; 2003. p. 55-123.

Gadamer HG. *Verdade e Método I e II. Traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica*. 2. ed. São Paulo: Editora Vozes/Editora Universitária São Francisco; 2004.

Gadamer HG. *O caráter oculto da saúde*. Petrópolis: Editora Vozes; 2006.

Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR, Delgado MM, Andrade CLT, Cunha MS, Martins MIC, Teixeira CP. Saúde da Família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2009; 14 (3): 783-794.

Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, César CLG. Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família (Qualis) no município de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*. 2005; 39(1).

Gusso G. *A especialidade Medicina de Família e Comunidade*. [citado 7 set 2009]. Disponível em: [http://www.sbmfc.org.br/biblioteca/documentos/sbmfc.aspx/Articles/Documents/ca6ec0d1/artigo_para_ojornal_do_CFM_final\[1\].pdf](http://www.sbmfc.org.br/biblioteca/documentos/sbmfc.aspx/Articles/Documents/ca6ec0d1/artigo_para_ojornal_do_CFM_final[1].pdf).

Habermas J. *Communication and evolution of Society*. Translated and with an introduction by Thomas McCarthy. Boston/Toronto: Beacon Press; 1979.

Habermas J. *Teoria de la acción comunicativa* (1). Madrid: Taurus; 1987.

Heritage J, Maynard DW. Introduction: Analyzing interaction between doctors and patients in primary care encounters. In: Heritage J, Maynard DW. *Communication in Medical Care. Interaction between primary care physicians and patients*. First published. New York: Cambridge University Press. Reprinted 2007. p. 1-21.

Hübner LCM, Franco TB. O Programa Médico de Família de Niterói como Estratégia de implementação de um modelo de atenção que contemple os princípios e diretrizes do SUS. *Physis: Rev. De Saúde Coletiva*. 2007. 17(1): 173-191.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio*. Brasília; 2003.

Joyce C, Piterman L. Trends in GP home visits. *Australian Family Physician*. 2008; 37 (12): 1039-42. [cited 2009 oct 10]. Available from: <http://www.racgp.org.au/afp/200812joyce.pdf>.

Lawn C. *Compreender Gadamer*. Petrópolis: Editora Vozes; 2007.

Lisboa AM, Melgarejo F, Sherer-Warren I, Silva JE, Olimpio J, Silva JR, Dietrich L, Franzoni TM. *Uma cidade numa ilha. Relatório sobre os problemas sócio-ambientais da Ilha de Santa Catarina*. CECA/FNMA. Florianópolis: Editora Insular; 1996.

Lopes JMC, organizador. *Manual de Assistência Domiciliar na Atenção Primária à Saúde*. Experiência do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre: 2003.

Mascarenhas MTM. *Avaliando a implementação da Atenção Básica em Saúde no município de Niterói, RJ: estudos de caso em unidade básica de saúde e módulo do Programa Médico de Família*. [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz; 2003.

McWhinney IR. *A textbook of Family Medicine*. Second edition. New York/Oxford: Oxford University Press; 1997.

Mendes EV. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: Mendes EV, organizador. *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das Práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. 2. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco; 1994. p. 11-91.

Mendes Gonçalves RB. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo*. São Paulo: Editora Hucitec/Abrasco; 1994.

Mendes Gonçalves RB. Prefácio. In: Ayres JRCM. *Epidemiologia e Emancipação*. 2.ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Editora Hucitec/Abrasco; 2002. p. 13-20.

Mendes Júnior WV. *Assistência domiciliar: uma modalidade de assistência para o Brasil?* [Dissertação]. Rio de Janeiro: Política, Planejamento e Administração em Saúde. Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2000.

Minayo MCS. *O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: Editora Hucitec/Abrasco; 1994.

Minayo MCS, Deslandes SF, organizador. *Caminhos do Pensamento. Epistemologia e Método*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. Coleção Mulher e Saúde. 1ª reimpressão; 2003.

Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadores. *Avaliação por triangulação de métodos. Abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.

Ministério da Saúde/Fundação Oswaldo Cruz. *Saúde da Família. Avaliação da Implementação em Dez Grandes Centros Urbanos*. 2. ed. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília-DF; 2005.

Mishler EG. *The discourse of medicine. Dialectics of medical interviews*. Norwood/New Jersey: Ablex Publishing Corporation; 1984.

Nogueira-Martins MCF, Bógus CM. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. *Saúde e Sociedade*. 2004; 13(3): 44-57.

Peduzzi M. *Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação*. [tese]. Campinas: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 1998.

Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS:Abrasco; 2001.

Peres EM, Dal Poz MR, Grande NR. Visita domiciliar: espaço privilegiado para diálogo e produção de saberes. *Revista de Enfermagem da UERJ*. 2006; 14(2): 208-13. [citado 11 ago 2009]. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>.

Prefeitura de Florianópolis. Pré-protocolo de Atenção Domiciliar. [citado 20 de mar/2008] Disponível em: http://www.saude.sc.gov.br/inf_saude/caderno/

Prefeitura de Londrina. Sistema de Internação Domiciliar de Londrina. (1996-2002). 2002.

Prefeitura de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Atenção Básica/ Programa de Saúde da família. *Cuidados domiciliares na Atenção Básica para pessoas com perdas funcionais e dependência*. São Paulo. 2004.

Reese-Schäfer W. *Compreender Habermas*. Petrópolis: Editora Vozes; 2009.

Rehem TCMSB, Trad LAB. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. *Ciência e Saúde coletiva*. 2005; 10: 231-242.

Reis AOA, Marazina IV, Gallo PR. A humanização na saúde como instância libertadora. *Saúde e Sociedade*. 2004; 13(3): 36-43.

Ribeiro CA. *Assistência domiciliar: qualidade e racionalização de recursos*. [tese]. São Paulo: Departamento de Práticas de Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2004.

Rivera FJU. *Agir comunicativo e planejamento social (uma crítica ao enfoque estratégico)*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1995.

Sampaio LFR, Lima PGA. Introdução: apoio ao Programa Saúde da Família. *Biblioteca virtual em saúde. Informação para tomada de decisão*. [citado 8 jan 2004]. Disponível em: <http://itd.bvs.br/itd-mod/public/scripts/php/>.

Scambler G. Introduction: unfolding themes of an incomplete project. In: Scambler G. (Ed.) *Habermas, Critical Theory and health*. London/New York: Routledge; 2001. p. 1-24.

Scambler G, Britten N. System, lifeworld and doctor-patient interaction: issues of trust in a changing world. In: Scambler G. (Ed.) *Habermas, Critical Theory and health*. London/New York: Routledge; 2001. p. 45-67.

Schraiber LB. *O médico e seu trabalho. Limites da Liberdade*. São Paulo: Editora Hucitec; 1993.

Schraiber LB. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do Relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. *Revista de Saúde Pública*. 1995; 29(1): 63-74.

Schraiber LB *Medicina Tecnológica e Prática Profissional Contemporânea: Novos desafios, outros dilemas*. [tese de livre docência]. Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 1997.

Schraiber LB *O médico e suas interações. A crise dos vínculos de confiança*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild Editores Ltda. Editora Hucitec; 2008.

Schraiber LB, Mendes Gonçalves RB. Necessidades de saúde e atenção primária. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes Gonçalves RB. *Saúde do Adulto. Programas e Ações na Unidade Básica*. Saúde em Debate - Série didática. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2000. p. 29-47.

Silva JA, Dalmaso ASW. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2002; 10; 75-83.

Silva JA, Dalmaso ASW. *O agente comunitário de saúde. O ser, o saber, o fazer*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1ª reimpressão: 2006.

Silva KL, Sena R, Leite JCA, Seixas CT, Gonçalves AM. Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. *Revista de Saúde Pública*. 2005; 39(3): 391-7.

Sisson MC. *Avaliação da implantação do programa de saúde da família no programa docente-assistencial de Florianópolis*. [tese]. São Paulo: Área de

concentração Medicina Preventiva. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2002.

Sisson MC. Considerações sobre o Programa de Saúde da Família e a promoção de maior equidade na política de saúde. *Saúde e Sociedade*. 2007; 16(3).

Souza MF. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2008; 61(2). [citado 20 nov 2009]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid.

Starfield B. Is primary care essential? *The Lancet*. 1994; 344. p. 1129-33. [cited 2009 dec 14]. Available from:

<http://www.sbmfc.org.br/media/file/artigos/isprimarycare.pdf>.

Takeda AS. Organização de serviços de Atenção Primária à Saúde. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ. *Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária baseadas em evidências*. São Paulo: Ed. Artmed; 2006. p. 76-87.

Teixeira CF. Saúde da Família, Promoção e Vigilância: construindo a Integralidade da Atenção à Saúde no SUS. *Revista Brasileira de Saúde da Família*. 2004. Edição especial/ jan-abr Ministério da Saúde.

Teixeira RR. Humanização e Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005; 10(3). [citado 20 jun 2009]. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci>

Triviños ANS. *Introdução à pesquisa em Ciências Sociais. A pesquisa qualitativa em Educação. O Positivismo, a Fenomenologia, o Marxismo*. São Paulo: Ed. Atlas, 1994.

Viana ALD, Dal Poz MR. (1998) A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*. 1998; 8(2): 11-48.

World Health Organization (WHO). Technical Report Series (898) Home Based Long-Term Care. Geneva: WHO; 2000.