

Guilherme Arantes Mello

A INTEGRALIDADE DO CUIDADO.
UMA PERSPECTIVA A PARTIR DO ATENDIMENTO À CRIANÇA
NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE DE CAMPINAS SOB A ÓTICA DA
ATENÇÃO BÁSICA

Campinas

2004

Guilherme Arantes Mello

A INTEGRALIDADE DO CUIDADO À CRIANÇA NA REDE
PÚBLICA DE SAÚDE DE CAMPINAS SOB A PERSPECTIVA
DA ATENÇÃO BÁSICA

Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual
de Campinas para a obtenção do título de Mestre em
Saúde da Criança e do Adolescente

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria Aparecida Affonso Moysés

Campinas

2004

BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Orientador:

Prof^a. Dr^a. Maria Aparecida Affonso Moysés

Membros:

1. Prof^a. Dr^a. Maria de Lurdes Zanolli
2. Prof^a. Dr^a. Elizabeth de Leoni Monteiro Smeke
3. Prof^a. Dr^a. Angélica Maria Bicudo Zeferino
4. Prof^a. Dr^a. Maria Alice Amorim Garcia

Curso de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 15 de Fevereiro de 2005

Dedicatória

A **Tayana**, por ter tornado minha vida muito mais feliz.

Ao **Felipe** e **Luiz Otávio**, fontes de estímulos constantes para cada um dos meus passos.

Agradecimentos

A Prof.^a Cida Moysés, por sua cultura e pelo grande estímulo intelectual que proporcionou ao me inserir no universo das discussões qualitativas.

Ao Prof. Luiz Carlos Silveira, por sua influência intelectual, postura moral e ética como pessoa e pesquisador durante meus anos de iniciação científica na UFPA.

A Prof.^a Maria de Lurdes Zanolli (Lurdinha), Prof.^a Olga Carvalho e Prof.^a Elizabeth Smeke por suas contribuições e ensinamentos.

A Prof.^a Lilia Blima Schraiber, meu primeiro contato com a pós-graduação em São Paulo, por me mostrar o sentido da palavra “acolhimento”.

A todos os colegas do grupo de Saúde da Família da Unicamp, fontes de aprendizado contínuo.

A todos que contribuíram direta e indiretamente na elaboração deste trabalho.

Poeta, cantô da rua,
Que na cidade nasceu,
Cante a cidade que é sua,
Que eu canto o sertão que é meu.

Se aí você teve estudo,
Aqui, Deus me ensinou tudo,
Sem de livro precisá
Por favô, não mexa aqui,
Que eu também não mêxo aí,
Cante lá, que eu canto cá.

Você teve inducação,
Aprende munta ciência,
Mas das coisa do sertão
Não tem boa esperiência.
Nunca fez uma paioça,
Nunca trabaiou na roça,
Não pode conhecê bem,
Pois nesta penosa vida,
Só quem provou da comida
Sabe o gosto que ela tem.

Patativa do Assaré
(fragmento do poema CANTE LÁ QUE
EU CANTO CÁ.)

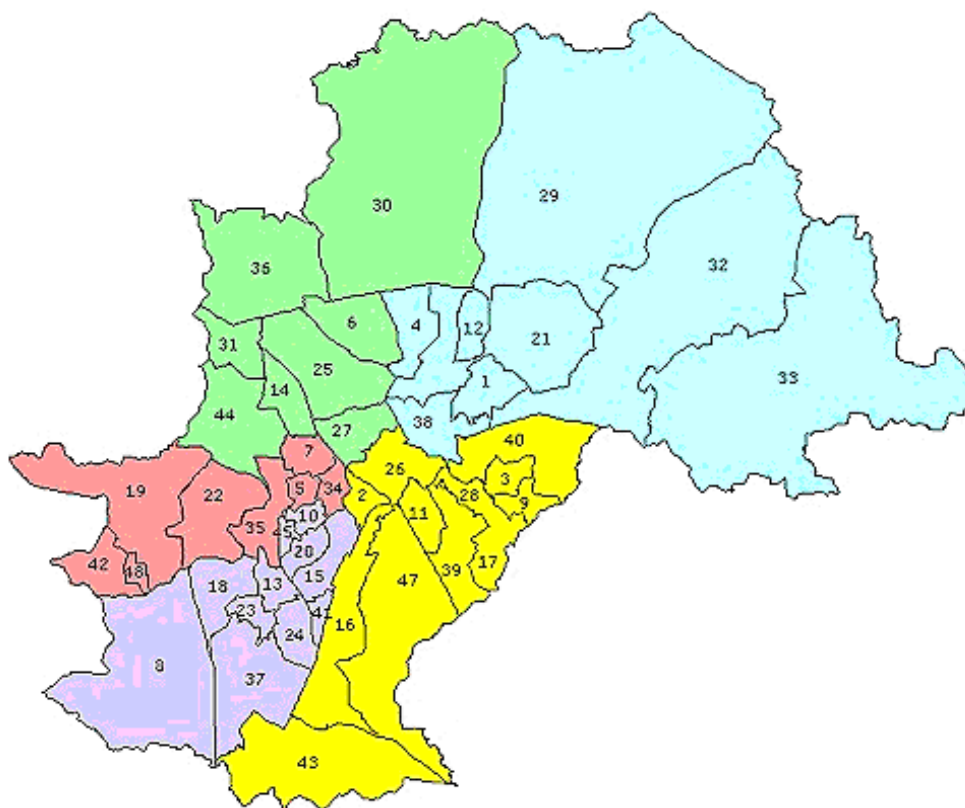
Resumo

Este trabalho pretendeu realizar uma análise das relações entre serviços de saúde, tendo por base o modelo clássico de sua hierarquização em níveis primário, secundário e terciário, tratados aqui como níveis tecnológicos. A assistência pediátrica do Sistema Único de Saúde (SUS) da cidade de Campinas-SP foi utilizada como campo de investigação. Em conformidade com a experiência do autor e objetivos iniciais, todo o estudo ocorre sob a perspectiva – posto de observação – da Atenção Básica. A partir de um senso comum sobre a desestruturação do sistema público de saúde e das dificuldades de relacionamento entre os subsistemas, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas e observação aberta nos três níveis tecnológicos da saúde, representados aqui, fundamentalmente pelo olhar médico sobre o processo de referência e contra-referência. As informações obtidas foram tratadas através de metodologia qualitativa, em busca de uma aproximação dos aspectos complexos da formação, comportamento, atitudes, interações e saberes prevalentes dos profissionais da saúde no cotidiano da assistência, sem perder de vista o contexto de sua construção histórica. Em outro segmento, foi realizada uma análise de 105 encaminhamentos de um Centro de Saúde (CS) da rede básica de Campinas. O conjunto de discussões originadas nos aspectos descritos conflui para o debate da “Integralidade”, um dos princípios doutrinários do SUS, explicado em termos da unicidade do próprio sistema, das ações de saúde e da pessoa. A interpretação deste conceito, entretanto, não encontra homogeneidade na literatura brasileira, mesmo quando há tentativa de sua objetivação, ora sendo estabelecida em função da abrangência, ora em relação à continuidade e coordenação do cuidado. E consonância com dados da literatura internacional, Campinas apresenta dificuldades em utilizar de maneira eficiente as tecnologias de informação disponíveis em seu sistema de saúde. As dificuldades de comunicação entre os serviços foi uma percepção generalizada neste estudo, refletidas numa amostra de referências de um CS, que mostrou a ausência de qualquer forma de retorno na maioria dos casos. A integralidade do cuidado pediátrico na rede pública de Campinas foi bem avaliada pelos profissionais de cada nível de complexidade, mas essa visão mudava em relação aos demais níveis. De maneira geral, do nível terciário para o primário houve questionamentos quanto a competência técnica do profissional, enquanto que no sentido contrário esses questionamentos versavam sobre competências relacionais e de empatia, ambas em detrimento da integralidade. Entretanto, dados oficiais mostraram que a resolubilidade da Atenção Básica em Campinas estaria dentro das médias internacionais. O desenvolvimento de relações de afetividade entre as partes aparece, em todos os contextos, como um dos fatores importantes na percepção do outro. Na busca da construção da integralidade, deve ser levado em consideração a lógica produtivista da formação universitária, conhecida como “capitalismo acadêmico”. Este estudo advoga, sem pretensões de originalidade, correções no rumo do ensino médico, no sentido de formá-lo agente técnico-científico, cidadão e sujeito social, responsável por construir um novo paradigma sanitário onde a busca pelo diagnóstico não seja visto como um fim em si mesmo, e a explicação fisiopatológica não esgote as causas da doença.

Abstract

This study was conducted to explore the relationship developed among health services in the public pediatric practice of the city of Campinas. It was considered the classical organization in primary, secondary and tertiary levels, treated here as technological levels. This study is based upon a primary care perspective, in agreement to the author's background. A qualitative approach was adopted in order to examine the common sense of comunicacional distress among parts, and to understand complex aspects of behaviors, attitudes, interactions and knowledge's among health workers in daily public practice. Semi-structured interviews were done with eight pediatricians and one nurse of all of the three technological levels of the public heath system in Campinas. An open observational study was done while waiting for the interviews, during conversations and while working as physician in this system. In another segment, 105 references of a community health center were analyzed to access the coordination of care. The prime target of this study was to discuss "integrality", one of the Unique Health System (SUS) doctrinarian principles. Although it's importance and prevalence in Brazilian papers dealing with health system, there are no consensus about the meaning of integrality, regarding the international literature. In one moment it deals to "comprehensiveness", in the next to "continuity" and "coordination" of care. Like it presents in others internationals heath systems, Campinas has a great difficulty in use its information technology effectively. Lack of response of patients referred to specialties is a universal complaint in Campinas. An analysis of 105 pediatric references of a health center showed less than 10% of response, but near 40% of coordination when all the medical records are considered. Campinas pediatrics public care integrality was well evaluated for each of the technological levels, although this vision changed in relation to the other levels. Roughly, from the tertiary to the primary level, there were concerns about technical competencies, while in the opposite way, preoccupations deals with relationships and empathy, both to the detriment of integrality. In search for integrality of care, medical curriculum redesign must be considered in order to achieve not only medical skills, but also citizenship and social responsibility. In this way, searching for diagnosis must not play the central role of the primary care teaching, as well as it do not permit the fisiopathological explanation as the final diseases cause.

Distribuição dos Centros de Saúde na cidade de Campinas



Norte	Sul	Leste	Sudoeste	Noroeste
6 - Santa Mônica	2 - Vila Rica	1 - Conceição	8 - União dos Bairros	5 - Perseu
14 - Boa Vista	3 - Orosimbo Maia	4 - Costa e Silva	10 - Santa Lúcia	7 - Integração
25 - Eulina	9 - Esmeraldina	12 - São Quirino	13 - Aeroporto	19 - Valença
27 - Aurélia	11 - Figueira	21 - 31 de março	15 - Campos Elíseos	22 - Florence
30 - Barão Geraldo	16 - São José	29 - Taquaral	18 - Vista Alegre	34 - Pedro Aquino
31 - Anchieta	17 - São Vicente	32 - Sousas	20 - Capivari	35 - Ipaussurama
36 - São Marcos	26 - Faria Lima	33 - Joaquim Egídio	23 - Dic I	42 - Floresta
44 - Sta. Bárbara	28 - Santa Odila	38 - Centro	24 - Dic III	48 - Itajaí
	39 - Ipê		37 - São Cristóvão	
	40 - Paranapanema		41 - Itatinga	
	43 - São Domingos		45 - V. União / CAIC	
	47 - Carvalho de Moura			

Outros Equipamentos da Rede Pública Municipal de Saúde (não incluídas as Faculdades de Medicina da PUC e Unicamp, com seus hospitais e ambulatórios).

- Hospital Municipal Dr Mário Gatti
- Pronto-Atendimento Anchieta
- Pronto-Atendimento Ouro-Verde
- Pronto-Atendimento São José
- SAMU
- CAPS - Centro de Atenção Psico-social Estação
- CAPS - Centro de Atenção Psico-social Integração
- CAPS - Centro de Atenção Psico-social Leste
- CAPS - Centro de Atenção Psico-social Novo Tempo
- CAPS - Centro de Atenção Psico-social Sul
- CAPS - Centro de Atenção Psico-social David Capistrano da Costa Filho
- CEVI - Centro de Vivência Infantil
- CRIAD - Centro de Referência e Informação sobre Alcool e Drogas
- CRAISA - Centro de Referência de Atenção Integral à Saúde do Adolescente
- Centro de Reabilitação Física e Doenças Reumáticas (CENDOR)
- CRST - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
- COAS/CTA - Centro de Orientação e Apoio Sorológico
- AMDA - Ambulatório Municipal de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS e ADT - Serviço de Atendimento Domiciliar para a AIDS
- Centro de Lactação - Banco de Leite Humano de Campinas
- Ambulatório Ouro Verde
- Policlínica II
- Policlínica III

ÍNDICE

PÁG

I.	INTRODUÇÃO	12
	I.1. Conhecendo o Sistema de Saúde	12
	I.2. Situando a Questão	17
II.	METODOLOGIA	25
	II.1. A escolha do método	25
	II.2. Desenhando um estudo.....	25
	II.3. Categorias empíricas da entrevista:	34
III.	A ATENÇÃO BÁSICA	35
	III.1. Breve Descrição da AB	35
	III.2. Verticalistas x Horizontalistas (integralistas).....	43
	III.3. O Sistema de Saúde ideal	48
	III.4. Quais os limites da AB?.....	49
	III.4.a. Seria um consenso de subespecialistas a melhor opção para definir os limites de atuação da AB?.....	53
	III.4.b. Haveria um modo de se estabelecer um limite preciso entre os atendimentos?	56
IV.	COMPLEXIDADE E TECNOLOGIA EM SAÚDE	61
V.	AVALIANDO A ATENÇÃO BÁSICA	68
	V.1. A Importância da Porta de Entrada	70
	V.2. Abrangência	75
	V.3. Continuidade	76
	V.4. Coordenação.....	80
	V.5. O Processo Comunicacional e o Referenciamento.....	83
VI.	INTEGRALIDADE	106
	VI.1. A Integralidade do Sistema	109
	VI.2. A Integralidade das Ações de Saúde.....	111
	VI.3. A Integralidade da Pessoa.....	116

VII. SUS CAMPINAS	122
VIII. IMPLICAÇÕES NA FORMAÇÃO MÉDICA	131
IX. AB, DIAGNÓSTICOS E A INTEGRALIDADE DO OUTRO	139
IX.1. Ensino e diagnóstico	143
IX.2. Medicalização	144
IX.3. Um simples diagnóstico	145
IX.4. Diagnóstico e multidisciplinaridade.....	147
X. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	153
XI. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	158
XII. ANEXOS	176
XII.1. Anexo 1	176
XII.2. Anexo 2	177

I. Introdução

I.1. Conhecendo o Sistema de Saúde

Logo que iniciei o trabalho de assistência médica na rede pública na cidade de São Paulo pude notar dificuldades no relacionamento entre os médicos e entre os serviços da região. Esta visão era favorecida e magnificada pela escolha da formação em Medicina Geral e Comunitária, fortemente voltada para a assistência primária à saúde. Apesar desta orientação o programa contemplava boa parte da formação dentro de um grande hospital terciário, na forma de rodízio por praticamente todas as clínicas e enfermarias, além dos pronto-socorros de clínica, cirurgia, ginecologia/obstetrícia e pediatria. Naquele momento a administração do hospital havia assumido uma parceria com o Estado no gerenciamento de alguns Centros de Saúde (CS) com o objetivo de formatar a assistência na estratégia da saúde da família, bem como integrá-las ao hospital de modo a formar uma rede regionalizada e hierarquizada. Este programa estava intimamente ligado à residência em medicina geral e comunitária. Depois da especialização, passei a trabalhar como médico de família em uma das Unidades de Saúde da Família (USF) e, também como plantonista no Pronto-Socorro pediátrico de um hospital secundário ligado ao primeiro. Esta situação me proporcionou um posto de observação privilegiado sobre as relações desenvolvidas dentro daquele sistema.

A idéia de racionalizar o sistema criando uma rede hierarquizada e regionalizada logo mostrou suas dificuldades. Na cidade de São Paulo havia, em 1998, pelo menos quatro formas de assistência primária que atuavam concomitantemente: Unidades Básicas de Saúde (UBS) controladas pelo município; uma idealização de *managed care*

promovida pela gestão municipal da época, o PAS – Plano de Assistência à Saúde; o Programa de Saúde da Família – Qualis, gerido pelo Estado, além da assistência privada. Algumas situações críticas se criaram, pois em uma mesma unidade havia parte controlada pelo Estado (USF), parte pela prefeitura (UBS), com salários diferenciados para os mesmos cargos e responsabilidades. A ausência de um serviço de ambulatórios secundários intermediando a assistência primária e terciária mantinha no hospital de clínicas uma grande parte de casos que não seria de sua competência, aumentando a impressão da falta de resolutividade da rede básica, que em si já era deficiente de recursos e qualificação profissional. À demanda explosiva própria de um hospital terciário que atuava como porta de entrada do sistema para uma área de influência de cerca 3 milhões de pessoas, somou-se uma nova e mais exigente a partir do aumento no número de referências das USFs. Nem sempre esse fluxo era bem entendido. Era comum ouvir comentários como: “além do nosso serviço, agora temos também que atender o serviço deles...” A situação era agravada ainda mais pelo próprio fato do encaminhamento geralmente vir de um médico generalista, incluindo aí um sentimento de “invasão de especialidades”. O sistema de referência e contra-referência se mostrava precário, sendo motivo constante de reclamações de ambos os lados. De modo geral, as relações entre os serviços eram tensas, tanto do ponto de vista administrativo, quanto à luz da ética. Algumas situações expunham os extremos desta tensão experimentada no dia-a-dia como em dois casos que me marcaram, como relato a seguir.

Uma criança de cerca de um ano com febre alta e irritabilidade foi encaminhada por uma colega e por mim para o Pronto-Socorro Infantil para investigação, com hipótese diagnóstica de meningite. Segundo relato da mãe, a médica – uma residente R1 – rasgou a cartinha do encaminhamento na sua presença enquanto falava que aqueles médicos não entendiam de crianças. Diante da insistência da mãe a criança acabou por ficar em observação para abaixar a febre. Em pouco tempo surgiram equimoses e se desenvolveu um quadro de meningococemia. Felizmente a lactente foi levada para a UTI e sobreviveu.

Outro exemplo importante ocorreu no ambulatório de especialidade pediátrica. Diante de um pré-escolar prescrito com um diazepínico para crises convulsivas enquanto aguardava consulta especializada, deu-se um diálogo nos seguintes moldes:

Virando-se para mim disse a especialista: “Este médico é péssimo. Podia pelo menos ter prescrito um Gardenal”. Voltou-se para a mãe e perguntou por que não trocava de médico. A mãe explicou que o pediatra acompanhava a criança desde o nascimento, era atencioso e de fácil acesso. Segundo a médica, mesmo assim valeria a mudança, mas foi informada que se tratava do único pediatra do CS. Em resposta: “Bem, então não tem jeito, tem que ficar com ele mesmo...”.

Ao me transferir para Campinas fui apresentado a um sistema de saúde diferenciado, já há muito orgulhoso de suas lutas e conquistas. Um sistema municipalizado, em gestão plena do sistema de saúde, caracterizado por uma rede de serviços estruturada em 46 unidades de Saúde, divididas administrativamente em cinco distritos subordinados diretamente à Secretaria Municipal de Saúde. Mostrava uma regionalização relativamente organizada, com a participação de serviços secundários e dois Hospitais Universitários em extremos opostos da cidade. Duas faculdades de medicina provendo graduados e pós-graduados para o sistema local, fez pensar num comportamento relativamente homogêneo vinculado ao fluxo de informações, assim como nos relacionamentos interprofissionais. De fato, o fluxo de informações pareceu melhor, ainda bastante longe do potencial, entretanto o relacionamento interprofissional se mostrou relativamente parecido.

Durante um plantão, um escolar chegou carregado nos braços pela mãe com história de “pneumonia”. A criança apresentava um quadro de hipotonia, dispnéia importante e aspecto séptico. Após os cuidados iniciais, foi solicitada vaga em UTI pediátrica em uma das universidades. No retorno do transporte, encontrei a colega do plantão chorando no estar médico. Segundo contou, ao chegar com a criança mais estabilizada, a médica responsável pela UTI apontou de longe perguntando em voz alta: ‘é esta a criança que precisa de UTI? Para mim, merece no máximo uma vaga na enfermaria’. Orientou, então, um residente para admitir o paciente no Pronto-Socorro para futura avaliação e saiu. Para a primeira, uma médica formada e especializada justamente em UTI pediátrica numa das melhores faculdades de medicina do país, ficou a sensação de ter sido humilhada publicamente.

Ao longo do tempo, através das interações profissionais, situações semelhantes se mostraram numa magnitude que extrapolava os limites de São Paulo, como na situação a seguir ocorrida em Vitória-ES.

Sofri uma ameaça de morte por conta de uma irresponsabilidade de um serviço de urgência [...] a filha gestante de 17 anos sentiu dores e na urgência disseram que aquela carteirinha estava toda errada e que o médico (no caso, eu) nem era ginecologista, segundo disseram a filha teve um ‘ataque cardíaco’. Liguei para o hospital e esclareci com uma conhecida que disse não haver nada de errado, apenas dores abdominais, e que a medicação feita no pronto-socorro, que ela achou absolutamente desnecessária, havia provocado ‘taquicardia’, mas já estava de alta para retornar ao acompanhamento. (SBMFC)

Como interpretar estas relações entre profissionais do ponto de vista ético, social ou antropológico? Quais os sentimentos que afetam as relações profissionais dentro da classe médica? Como se comporta o fluxo de informações através de um amplo sistema de saúde como em Campinas, e onde estariam as falhas? Estes questionamentos passaram a permear meu trabalho como médico de família trabalhando na atenção primária e plantonista de pronto-socorro infantil em hospital público secundário, e ao mesmo tempo aguçavam meu olhar observador.

Um dos fatores estimulantes na escolha do tema foi o contato com uma literatura internacional sobre atenção primária, especialmente com o livro “Primary Care”, de Barbara Starfield, que posteriormente viria a ser traduzido pelo Ministério da Saúde em parceria com a Unesco e distribuído para todos os Centros de Saúde do País.

Este trabalho foi pensado inicialmente como uma ampla revisão acerca da Atenção Básica ou Cuidados Primários sob o prisma internacional. Surgiu, naturalmente, a necessidade de contextualizá-la no Brasil, particularmente em Campinas, levando em consideração sua importância para a aquisição da integralidade do sistema de saúde. Não poderia ser de outra forma: as questões do fluxo de

informações, relações inter-profissionais, saberes prevalentes entre os atores da saúde e formação médica deveriam permear o estudo.

Uma das possíveis opções de recorte na discussão das tecnologias de informação – a referência e contra-referência – representativa da qualidade da informação em trânsito e um dos principais mecanismos racionalizadores do sistema, passou a ser um dos focos centrais, por espelhar as próprias relações humanas, profissionais, éticas e saberes entre as partes do sistema de saúde. Neste sentido, os conceitos de “continuidade” e “coordenação do cuidado” foram trabalhados como características fundamentais relacionadas ao processo de referenciação e em última instância à própria integralidade do sistema.

De acordo com os propósitos iniciais, foi feita aqui a opção de tratar e entender a Atenção Básica (AB) a partir de conceitos que vêm sendo desenvolvidos internacionalmente nas últimas quatro décadas, apesar da pretensão de transitar pelas várias correntes. Esta opção não deve ser vista em detrimento dos conceitos propostos na literatura brasileira. Importantes autores nacionais fundamentam propostas para a AB em bases conceituais como “acolhimento” (FRANCO et al, 1999), “vínculo” (CAMPOS, 1999a), “matriciamento” (CAMPOS, 1999a) e “clínica ampliada” (CAMPOS, 1996), entre outros tantos; embora não estejam definidas formas mais precisas de avaliação desses conceitos na prática de saúde. Por outro lado, há uma grande sobreposição entre conceitos como “acolhimento” e “primeiro contato”; “vínculo” e “continuidade”; “clínica ampliada” e “abrangência”, mas não faz parte dos objetivos deste estudo realizar uma análise conceitual sobre estas diferenças.

Pela complexidade do tema, como discutido até aqui, foi realizado uma abordagem qualitativa como tentativa de aproximação dos conhecimentos e saberes prevalentes sobre o tema no cotidiano da assistência pública à saúde de Campinas – que provavelmente reflete um universo bem maior que os limites da cidade dado a abrangência da formação em graduação e pós-graduação das duas faculdades de medicina locais – saberes estes que não seriam possíveis de ser compreendidos por outra metodologia.

I.2. Situando a Questão

No Brasil, o direcionamento do aprendizado médico para as especialidades¹, particularmente voltadas para a assistência hospitalar, funciona como um grande obstáculo para a inclusão efetiva da Atenção Básica (AB) no ensino universitário, excluindo do ensino toda uma gama de conhecimentos relativos à assistência ambulatorial comunitária. Conceitos trabalhados internacionalmente nesta área, como “continuidade” e “coordenação do cuidado” virtualmente estão ausentes dos currículos médicos. Mesmo a discussão sobre os processos de referência e contra-referência, responsáveis por grande parte do fluxo de informação clínica e principal forma de contato entre os profissionais que atuam nos diferentes setores, não costuma fazer parte do conteúdo curricular ou livros didáticos. Estes exemplos foram escolhidos, não pela

¹ A pediatria geral, assim como a medicina geral comunitária, atual medicina de família e comunidade, e clínica médica são as principais especializações da medicina voltadas para a atenção básica. É comum que estas não sejam referidas como especialidades pelo seu caráter de atendimento geral e abrangente. Na literatura internacional, é freqüente a citação do médico com uma segunda especialização como subespecialista. Entretanto, esta não é uma denominação usual em nosso meio, de modo que neste texto não será considerado tal diferenciação, salvo em alguns casos em que se deseja reforçar esse contraste.

pretensão de colocá-los como os focos mais representativos ou importantes na construção da AB, mas em grande parte em função do próprio tema do estudo.

Para entender esta construção, é preciso olhar o caminho trilhado pela área da saúde, posto que a realidade que se apresenta é resultante das opções históricas das políticas econômico-sociais do país.

Assim como ocorreu em países europeus, a medicina social no Brasil não começa a operar pela assistência médica, mas pelo controle epidemiológico dos espaços urbanos, a partir da constatação de que a melhora das condições urbanas insalubres eram vitais para a economia. É claro que muito do que se coloca como história do Brasil reflete, na realidade, passagens ocorridas no extrato mais rico do país, representado pelos estados do sudeste. Desde o final do século XIX o país testemunhou o surgimento de uma abordagem científica ao problema de saúde pública, especialmente nas figuras de Osvaldo Cruz e Emílio Ribas que sob a influência do olhar bacteriológico, determinaram uma abordagem sanitária à saúde pública, baseada principalmente no saneamento, vacinações em massa e isolamento de casos, sob os auspícios de uma polícia sanitária (MERHY, 1997).

Já há algumas décadas, a medicina européia colocava em prática medidas sanitárias autoritárias com o objetivo de controlar a proliferação de doenças. Destacavam-se a segregação da pobreza e seu controle médico, como forma de proteção das classes ricas contra doenças originadas na pobreza; posteriormente, como preservação da própria força de trabalho. Na Inglaterra, tais medidas de controle preconizavam a vacinação obrigatória, notificação das doenças e identificação de focos de insalubridade. Houve resistência popular com reações violentas na segunda metade

do século XIX (FOUCAULT, 2000a). A truculência e autoritarismo das medidas preconizadas também foram vistas com desconfiança pela população brasileira, a ponto de se transformar numa das maiores insurreições da história do país, com o desencadeamento da revolta da vacina em 1904.

As décadas seguintes foram marcadas pela corrente médico-sanitária e por uma dicotomia entre medicina e saúde-pública; clínica e terapêutica em contraposição à higiene e sanitarismo (MERHY, 1997). Em plena formação do estado burguês não havia grandes conflitos quanto ao exercício liberal da profissão. Seguiu-se um período até próximo à década de 40, baseado em estratégias campanhistas verticais para determinadas doenças. Neste tempo foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) e instituídos Centros de Saúde com a proposta de formação de uma rede básica baseada na regionalização e hierarquização (MERHY, 1997). Segundo este autor, aparece no cenário político de forma contundente a figura de Mário Magalhães da Silveira, com questionamentos incisivos sobre os conceitos e políticas de saúde em vigência, principalmente como secretário geral da 3ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1963. Esta se tornaria um marco no debate público sobre o papel da assistência privada no modelo de saúde (MERHY, 1997).

É possível dizer que o acesso à assistência médica no Brasil manteve correspondência com o desenvolvimento da previdência social. Segundo DONNANGELO (1975), se por um lado refletiu uma conquista social, por outro foi condição necessária para o equilíbrio da ordem social capitalista. O trabalhador passa a ser visto e tratado como “capital humano”. Esse “casamento de interesses” foi um dos grandes conflitos experimentados pelo movimento sanitário ao longo de suas lutas: uma alternância entre

a exigência de extensão dos serviços e a crítica desta assistência individual como forma de puro controle social (CAMPOS, 1997a). Somente em 1953, foi criado o ministério da Saúde, que pouco mudou a situação dado a ineficiência de sua atuação e políticas de clientelismo. Como situa DONNANGELO (1975, p.23): “dificilmente se poderia sustentar que o Estado, na sociedade Brasileira, desenvolveu qualquer política deliberada de implantação e controle de programas de assistência médica”. Saneamento e programa verticais no combate a doenças específicas como chagas, malária e esquistossomose foram as prioridades, de forma que a ampliação da assistência médica se pautou principalmente por pressão de consumo e necessidade de manutenção regular da força de trabalho (DONNANGELO, 1975).

No final da década de 60, em consonância ao golpe militar de 64, alinhado com posições norte-americanas, foi elaborado um conjunto de propostas pelo Ministério da Saúde que ficou conhecido por Plano Nacional de Saúde. Na prática, a transferência do controle da assistência médica da previdência para a saúde resultou na privatização da produção dos serviços médicos utilizando financiamento público (DONNANGELO, 1975). As décadas seguintes foram marcadas por enormes conflitos ideológicos, mas em decorrência da forte pressão do setor privado, a corrente liberal prevaleceu com um modelo de gestão assistencial-privatista voltado especialmente para o financiamento hospitalar a baixo custo e venda dos serviços para o governo, pelo menos enquanto era interessante do ponto de vista econômico. Neste período as políticas de saúde pública mantiveram-se imersas em práticas clientelistas.

A segunda metade da década de 70 foi marcada por uma profunda crise econômica que, associada a crise fiscal e de legitimidade do regime autoritário, permitiu

o fortalecimento de correntes democráticas na área da saúde, capitaneadas principalmente pelo Movimento Popular em Saúde e pelo Movimento Sanitário (SMEKE, 1989). Em 1980, depois da 7ª Conferência Nacional de Saúde, foi proposto o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-Saúde), que acaba não sendo implementado por falta de forças políticas. Um sistema de saúde público, universal e democrático somente viria a surgir depois da promulgação da Constituição Federal de 1988, influenciada pelas propostas da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, mas efetivamente implantado como Sistema Único de Saúde (SUS) somente após a regulamentação das leis orgânicas da saúde do final de 1990, portanto muito recentemente (BRASIL, 1988, 1990a).

Em substancial oposição à corrente liberal, a saúde passa a ser constitucionalmente “direito de todos e dever do Estado” e suas diretrizes de universalidade, equidade, integralidade, descentralização e controle social colocaram o sistema brasileiro entre os mais modernos do mundo (BRASIL, 1988; 1990b). A Constituição de 1988, por sua vez, manteve o caminho aberto para a organização de um sistema privado de saúde, sob a denominação de saúde suplementar. Adversários na disputa de mercado e financiamento, o êxito de um sistema acabou por manter relação inversa à percepção que a sociedade tem do modelo concorrente e, de certa forma, estabeleceu um paradoxo quanto à denominação “sistema único”, já que ambos se apresentam com propostas altamente diferenciadas, fazendo do modelo privado muito mais um sistema à parte, do que complementar.

CAMPOS (1997a), entretanto, não os percebe como propostas muito diferentes, ao identificar uma orientação liberal comum na forma de funcionamento destes sistemas, já

que a simples estatização dos serviços não seria o suficiente para superar as contradições antagônicas burguesia-trabalhador e conflitos nas relações com o poder. Apesar de suas correntes progressistas, mesmo o SUS apresentaria um comportamento liberal hegemônico.

A Universidade também não atravessou incólume esse período. Forneceu respostas aos anseios da sociedade, mas, assim como outras instituições, alinou-se prioritariamente ao pensamento elitista. Moldou e por ela foi moldada. Por conseguinte, o ensino médico foi pautado historicamente por uma forte influência do modelo privatista, com o estabelecimento de valores de mercado refletidos na programação curricular, numa relação promíscua entre construtores e beneficiários. Daí não ser de se estranhar a dificuldade de incorporação da AB nos currículos médicos, haja vista sua proposta socializante.

Se durante os anos de graduação a vivência liberal é magnificada, na realidade a origem do comportamento médico parece pertencer a uma construção social mais profunda, como coloca Gilberto FREIRE:

Do médico pode dizer-se, em termos sociológicos, que a cultura pré-médica e médica que ele adquire em cursos pré-universitários e universitários é uma cultura, como salientam alguns sociólogos, específica: tão específica como a do jovem que se torna sacerdote católico ou a do que se prepara para oficial do Exército ou da Marinha ou da Aeronáutica [...] As... pesquisas sociológicas [...] indicam que 20% desses jovens decidem estudar medicina ainda crianças, sob a influência ou estímulo dos pais. (FREIRE, 2004, p.177)

Neste sentido, CAMPOS (1997a) observa como entrave para o bom funcionamento do SUS uma resistência médica em desvincular-se de uma postura profissional neoliberal, e da incorporação de novas práticas, como é o caso da saúde

pública. Poder ser que nessas observações estejam ocultados alguns – quem sabe os principais – dos motivos que levam à dificuldade de relacionamento profissional entre os níveis da atenção. Para quem é consultado, as informações apreendidas seriam sentidas em última análise, conscientemente ou não, como mercadorias valorosas.

“Realmente é preciso lembrar que a relação entre o médico e o doente é em primeiro lugar uma transação comercial e, assim sendo, uma relação de força: mercadoria que ele produz e da qual faz comércio e que tem como característica principal receber todo o seu valor (inclusive no sentido econômico) do valor que lhe é atribuído, enfim, de sua legitimidade e da raridade de seus produtores legítimos” (BOLTANSKI, 1989, p.137).

Relações de mercado não parecem ainda ser o suficiente para explicar atitudes de hostilidade explícita onde o próprio paciente pouco é levado em consideração. Não que se pretenda considerar tal comportamento como regra, ou que se queira discutir exceções. Mas, atitudes esperadas como extremas, como se colocou aqui, deveriam ser realmente raras e isoladas, o que não parece ser o caso, pois virtualmente em todos os contatos formais e informais durante o estudo havia sempre um exemplo atual rapidamente apresentado.

Quando iniciamos no PSF, passamos por várias situações constrangedoras, cada vez que encaminhávamos pacientes com referências por escrito, o mínimo que ouvíamos era que o(a) médico(a) ‘olhou aquele papel, rasgou, jogou no lixo e disse que aquilo não prestava para nada’. (SBMFC)

...uma médica, que por sinal eu conhecia, é uma pena. Porque essa eu conhecia e gostava. Eu a conhecia lá da *Universidade* mesmo. Eu tinha feito diagnóstico de aderência balano-prepucial, que eu achei que era uma aderência importante. E a médica disse: "Imagina, que essa médica não sabe nada, e isso não é aderência, é fimose...", sabe? E daí falou para a mãe, e escreveu na contra-referência assim, com exclamações. Uma coisa muito desagradável. Muito desagradável. Isso aconteceu comigo. (médico AB)

É que a médica que estava na UTI achava que eu estava... assim... dando mais gravidade para o caso. Não me lembro, mas nem gosto de falar com ela por telefone, porque o meu paciente entrou na enfermaria e foi para a UTI. E ela achava que o meu paciente não tinha nada, ele estava ótimo. (médico 2^{ário})

Cabe aqui a busca pela origem deste tipo de comportamento profissional. Qual tem sido o exemplo da micropolítica universitária, inserida numa sociedade desigual, na formação ética do médico, particularmente num extrato altamente elitizado como os cursos de medicina? É sintomático desta tensão, que um professor universitário se reporte primariamente à ética ao ser questionado sobre o ensino da referência e contra-referência:

Não, que eu saiba não. Talvez agora que eles têm curso de ética médica, alguma coisa, alguém aborde isto. (médico 3^{ário})

Apesar da importância em se buscar causas e explicações dentro da cultura local, vale lembrar que os médicos brasileiros estão inseridos num período de crise internacional da profissão. Entre outros motivos, é assinalada a perda progressiva de autonomia médica no tratamento dos pacientes, sujeita à cobrança e interdição de suas indicações de procedimentos e referências, assim como cobranças para dividir opiniões com outros colegas, e participação em equipes interprofissionais (EDWARDS et al, 2002; MCKINLAY e MARCEAU, 2002). Os pacientes estão mais exigentes e bem informados (GREEN et al, 2001) de modo que a educação médica tradicional voltada para o tratamento médico autônomo se choca com atual realidade da profissão.

A maior contribuição de conhecimento do século XX foi o conhecimento dos limites do conhecimento. A maior certeza que nos foi dada é a indestrutibilidade das incertezas, não somente na ação, mas também no conhecimento (Edgar Morin)².

II. Metodologia

II.1. A escolha do método

Relativamente incomum em pesquisa de serviços de saúde, métodos qualitativos são usados há tempos nas ciências sociais. Nesta abordagem metodológica não há preocupação primária em prover respostas quantificadas para perguntas de pesquisa. A meta é o desenvolvimento de conceitos que nos ajudem a entender fenômenos sociais dentro de ambientes naturais dando devida ênfase aos significados, experiências, e visões de todos os participantes. Segundo MINAYO (2004) a área da saúde só pode ser amplamente entendida dentro de uma sociologia de classe. Neste sentido, a abordagem qualitativa permite alcançar áreas inacessíveis ou incômodas para outras metodologias, permitindo estudar aspectos complexos do comportamento, atitudes, interações e convicções dos profissionais da saúde.

II.2. Desenhando um estudo

Foram realizadas nove entrevistas semi-estruturadas com profissionais da rede municipal de saúde de Campinas que atuam nos níveis primário, secundário e terciário,

² Edgar Morin. **A Cabeça Bem Feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. Rio de Janeiro: Ed. Bertrand, 2001.

entre maio e setembro de 2003, abrangendo conhecimentos sobre o SUS, a referência e contra-referência, relações profissionais e entre os níveis do sistema, além da formação médica.

Foram entrevistados três pediatras da rede primária. Dois pediatras especialistas da rede secundária, uma clínica e uma enfermeira da rede secundária, além de dois pediatras da rede terciária (Hospital Universitário). Um dos pediatras da Atenção Básica (AB) trabalha também como plantonista em Pronto-Socorro Municipal (PSM). Os dois pediatras especialistas da rede secundária são também plantonistas de PSM, sendo que um ainda trabalha em Pronto-Socorro de um grande hospital privado e em consultório particular. Ambos trabalham em locais diferentes, tanto nas urgências, quanto nas clínicas de especialidades, de modo que um atende em duas clínicas e o outro numa terceira clínica pública. Ambos frequentam cursos de pós-graduação. Os pediatras da rede terciária são professores universitários, responsáveis por estágios de alunos, internos, residentes e estagiários. Foram escolhidos por representarem um universo próprio com enorme implicação na difusão de saberes na área médica.

O desenho inicial previa a inclusão apenas de pediatras, entretanto, um médico com formação especializada em adultos foi incluído por ser a referência no atendimento de crianças em sua especialidade na rede pública. Além do serviço público, atende em consultório particular. Também uma enfermeira foi incluída, por ser a responsável pela organização de agendas no serviço secundário e que, em conversa prévia, mostrou bastante clareza e domínio sobre o assunto. Trabalha exclusivamente neste atendimento. Assim, foi abarcado um universo de saberes correspondentes a três Centros de Saúde,

três clínicas de especialidades, quatro pronto-socorros (incluindo um privado e um universitário), dois consultórios particulares e uma grande universidade.

O número de entrevistas – três por nível de complexidade do sistema – foi definido como parâmetro inicial de análise, e posteriormente ficou inalterado por ter sido considerado satisfatório para os propósitos deste estudo inicial, segundo o conceito de saturação (MINAYO, 2004).

A idéia norteadora é a de que cada entrevistado pode ser considerado uma somatória indefinida de saberes oriundos de contatos e aprendizados inumeráveis. Os interlocutores e contatos destes encontros formais ou informais, por sua vez, obedecem ao mesmo raciocínio anterior, formando-se aí um ciclo de circulação e apropriação de conhecimentos infinitos, de forma que qualquer discurso é fruto de um conhecimento coletivamente estabelecido e transformado pelas experiências pessoais.

Neste sentido, poderíamos completar a abrangência das falas com representantes das universidades – cursos de graduação e pós-graduação – e especialidades (por ex., UTI no caso de um dos pediatras da AB), e de seus colegas, e de seus professores, e assim indefinidamente. GINSBURG (1987) mostrou um conjunto de conhecimentos populares do século XIV, desconhecidos até então, a partir de uma teoria sobre a origem do universo ter se dado pela fermentação de queijos, inicialmente permitindo a vida de vermes. Todo este universo que se difundiu e se transformou na oralidade, foi recuperado através da documentação do processo eclesiástico de inquisição de uma única pessoa, a saber, Domenico Scandella, o Menocchio. Mesmo não sendo um nobre sabia “ler, escrever e somar”, criando inclusive a possibilidade de conhecer as obras escritas que o influenciou, raridade naquela época.

Assim, ao contrário da abordagem quantitativa, ao se abordar qualitativamente um objeto de pesquisa não há a preocupação primária em se fazer generalizações ou estabelecer relações de causa e efeito, senão conhecer e sistematizar saberes prevalentes e estabelecidos em determinado território. Sem perder de vista o pressuposto de que toda realidade é um fenômeno regular, e toda ciência opera por “abstração generalizante”, abstraindo particularidades pelo formato geral (DEMO, 1985).

E é claro que qualquer observação é sempre datada e situada, sujeitando-se às possibilidades de sua época e do posto de observação em que se situa o observador. Esta foi a opção assumida neste estudo. Esclarecer a condição de médico e professor da AB do entrevistador foi compreendido como condição mais importante do que sua omissão, na vã tentativa de controlar o estudo; de torná-lo mais objetivo ao se colocar na situação – impossível – de neutralidade.

Cabe aqui ressaltar que, mais do que a própria generalização ou estabelecimento de causa-efeito, a grande fossa abismal divisora de águas entre as abordagens qualitativas e quantitativas está na consideração da intencionalidade e do valor enquanto parte do processo social. Não seria possível, mesmo com o aumento significativo da amostragem, estabelecer generalizações, sem partir do pressuposto de que as palavras – no caso entrevistas e observações - podem ser destituídas de valor e intencionalidade, de forma que “o real” surgiria a partir do tratamento estatístico de um número significativo de eventos, compatíveis com o positivismo sociológico, onde não há distinção entre os objetos dos estudos sociais e o objeto das ciências naturais, tendo como fundamento sempre a busca do fato destituído de valor (MINAYO, 2004). A aceitação da

intencionalidade e do caráter ideológico³ de qualquer estudo social, não exige a necessidade de rigor metodológico, de forma que não se chegue à própria visão do autor ou ao senso comum.

Se a objetividade é inatingível nas pesquisas sociais – não é o caso, mas poder-se-ia argumentar o mesmo sobre as metodologias quantitativas – o rigor metodológico permite uma aproximação da realidade do objeto, numa tentativa de objetivação. Cecília Minayo, comentando uma analogia de Pedro Demo em que compara os resultados da pesquisa social a uma pintura, diz que teria sido essa uma das possibilidades de representação daquele momento, influenciada pela técnica escolhida, interpretação dos matizes e emoções envolvidas (MINAYO, 2004). Lembrando a maior rigidez do modelo científico completa:

A ciência tem cânones mais rígidos e seus limites são também maiores em relação à percepção do real. Mas não se pode desconhecer que qualquer produção científica na área das ciências sociais é uma criação e carrega a marca de seu autor [...] A “objetivação” nos leva a repudiar o discurso ingênuo ou malicioso da neutralidade, mas nos diz que é necessário buscar formas de reduzir a incursão excessiva dos juízos de valor na pesquisa. (MINAYO, 2004, p. 36-37).

Os locais escolhidos para este estudo tiveram como princípio fundamental pertencerem à rede pública municipal, já que há diferenças fundamentais entre este e o espaço privado. Um critério inicial de volume e rotatividade de pacientes não foi necessariamente aplicável, haja vista a superutilização virtualmente de todo o complexo

³ Uma síntese clara desta proposição segundo palavras do Prof. Pedro DEMO (1985, p.18): “Enquanto o cientista natural pode abstrair, pelo menos teoricamente, do uso que se pode fazer do conhecimento gerado, o cientista social que se coloque tal pretensão já nisto é ideológico, porquanto faz parte de suas ideologias mais baratas a pretensão de não ser ideológico. Aí temos um condicionamento fundamental das ciências sociais: a inevitável convivência com a ideologia; não nos propomos a eliminá-la – seria ingenuidade ideológica –, mas controlá-la criticamente. As ciências sociais serão científicas, se nela predominarem os traços reconhecidos como científicos; não serão científicas caso predomine a intenção ideológica ou se fizerem a ilusão de isenção ideológica”.

público de saúde, mas foi definido o mínimo de dois anos de atuação na saúde pública como tempo mínimo de inserção e observação do sistema de saúde pública e suas relações técnicas e pessoais. As entrevistas foram realizadas no próprio local de trabalho durante o expediente, exceto uma que ocorreu ao final do horário de trabalho de entrevistado. O período que antecedeu as entrevistas foi usado para breves observações nos locais reservados aos usuários, e variaram entre 30 minutos e 2 horas.

A possibilidade de realização da entrevista no conforto do domicílio do entrevistado foi descartada pelo imenso viés cultural brasileiro em relação ao lar. DAMATTA (2000) descreve dois espaços sociais fundamentais para o brasileiro: “o mundo da casa e o mundo da rua”⁴. Mais do que espaços geográficos definidos e delimitados, são mundos com uma rede complexa de símbolos profundos e perenes particulares ao nosso país. A casa representaria um espaço social totalizado num alto sentimento de grupo e diferenciado numa rígida moral, com seus integrantes numa personalidade coletiva que ele denomina de “pessoa moral”. Um mundo que prevê harmonia e tranqüilidade, onde o trabalho não é visto com bons olhos. Movimentos, discordâncias, diferenciações, durezas, pessoas desconhecidas - como o entrevistador - fazem parte do mundo da rua. “... a rua forma uma espécie de perspectiva pela qual o mundo pode ser lido e interpretado” (DAMATTA, 2000, p.30). Neste contexto, da busca pela contradição, do conflito e do posicionamento, foi definido como território de atuação o local de trabalho de cada entrevistado, o “espaço da rua”.

⁴ “Assim, a casa demarca um espaço definitivamente amoroso onde a harmonia deve reinar sobre a confusão, a competição e a desordem. Em casa, sabemos todos – como bons brasileiros que somos - , não devemos comprar, vender ou trocar. O comércio está excluído da casa como o diabo se exclui do bom Deus. Do mesmo modo, as discussões políticas, que revelam e indicam posições individualizadas e quase sempre discordantes dos membros de uma família, estão banidas das mesas e das salas íntimas, sobretudo dos quartos...Daí também porque na casa podemos ter de tudo, como se ali fosse marcado por um supremo reconhecimento pessoal: uma espécie de supracidadania que contrasta terrivelmente com a ausência total de reconhecimento que existe na rua”. (DaMatta, 2000, p. 27)

Não houve recusa para participação no estudo, pelo contrário, as pessoas se mostram dispostas a colaborar com o tema, às vezes próximas do entusiasmo, tanto para as entrevistas, quanto em relação às conversas administrativas e informais. Fato que corrobora a percepção de um sentimento coletivo da falta de fóruns para este tipo de discussão: “Ninguém coloca uma pergunta se nada sabe da resposta, pois então não haveria o que perguntar. Todo saber está baseado em pré-conhecimento” (MINAYO, 2004, p.93). Este raciocínio nos sugere, sem que isto seja uma inferência, que essas pessoas de algum modo, sistematizado ou não, informalmente ou não, já se ocuparam em reflexões ou conversas a respeito.

O roteiro – ou categorias empíricas – serviu ao propósito balizador dos rumos da conversa. Este direcionamento foi realizado com a preocupação constante em não limitar ou delimitar a autonomia e a abrangência da resposta, mas agir como um estímulo para o aprofundamento e espontaneidade da questão. O número de horas gravadas foi tantas quanto necessárias, em encontros de pouco mais de uma hora, sendo que em nenhum caso houve a necessidade de mais de uma reunião. As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas segundo a técnica de análise de conteúdo.

Como critério de exclusão foram suprimidos pediatras dos níveis secundário e terciário com experiência prévia na atenção primária e profissionais que participam formalmente do debate sobre o tema do estudo, numa tentativa de minimizar discursos pré-estabelecidos.

Durante todo o estudo, foi realizada uma observação aberta, sem roteiro pré-definido, de tudo o que pudesse dizer respeito ao tema do trabalho, além das entrevistas. Conversas informais, mesmo com os entrevistados enquanto não eram gravadas, listas

profissionais da internet, falas e comportamentos em ambientes da área da saúde. Áreas administrativas, centros de saúde e hospitais foram campos de observação abertos. Tais notas foram registradas em um diário de campo para análise posterior, inclusive como mais um elemento na leitura das entrevistas.

Noutro segmento do estudo, foi realizada uma análise de encaminhamentos de um Centro de Saúde (CS) que conta com programa de estágios para residentes em pediatria. Entre os vários envelopes arquivados com as planilhas do SIGAB (Sistema de Gerenciamento de Unidade Ambulatorial Básica) dos diversos profissionais do CS relativos aos atendimentos do ano de 2002, alguns foram escolhidos sem critério definido. Prontuários cujas consultas geraram encaminhamentos foram selecionados de acordo com as anotações na planilha de forma a se obter em torno de 100 referenciamentos. Na leitura do prontuário, o período de análise foi estendido para referências descritas também em 2001. Dos 128 prontuários selecionados, 104 estavam disponíveis, onde foi possível observar 165 encaminhamentos entre 2001 e 2002. Destes, 105 preencheram os requisitos para análise.

Foram excluídos os encaminhamentos em que não houvesse pelo menos seis meses de prazo entre a referência e a última consulta médica. Quando passados seis meses de prazo, foram excluídos aqueles com apenas uma única consulta posterior ao encaminhamento se foi por motivo de pronto-atendimento. Isto porque este tipo de procedimento é geralmente uma consulta “encaixada”, mais objetiva em termos de queixa-conduta.

Em alguns prontuários, havia mais de uma referência para a mesma especialidade. Nestes, foi considerado somente um dos encaminhamentos, aquele que

gerou resposta, se fosse o caso. Encaminhamentos internos, por exemplo, para ginecologia; ou anotações em que o paciente iria procurar a especialidade no convênio ou serviço privado não foram consideradas, pois se buscava avaliar a coordenação entre serviços dentro de SUS. Foi usado como critério de coordenação do cuidado o retorno da contra-referência, a citação ou descrição da consulta especializada ou contato telefônico anotado em prontuário pelo pediatra da AB.

Por motivo de sigilo, a identidade, sexo e o local de trabalho foram omitidos no texto. Também foram suprimidas quaisquer referências que pudesse levar a identificação do entrevistado, tal como sua especialidade, passível de identificação através de patologias muito específicas da área. Quando necessário, a substituição de tais informações foram assinaladas no texto por estilo de fonte em *itálico*.

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, com termo de consentimento livre e esclarecido dos entrevistados e dos supervisores dos serviços, garantindo pleno sigilo dos profissionais e serviços (anexos 1 e 2).

II.3. Categorias empíricas da entrevista:

Mecanismos de comunicação no sistema:

- Qual deve ser o momento apropriado para referenciar?
- Há preocupação em se fazer uma referência de boa qualidade?
- Há preocupação do especialista em responder a referência?
- Há preocupação em obter resposta após encaminhamento?
- O que você acha do formulário padrão de referência e contra-referência?
- Referências bem feitas geram contra-referência melhores?
- É comum receber contra-referência, resumos de alta e exames realizados em outros serviços?
- Como deveria se dar esta comunicação?
- Que meios deveriam atuar nesta comunicação, ex. fax, internet?
- Quais os tipos de encaminhamento que você conhece?
- A contra-referência é enviada via paciente ou malote?

Formação Profissional

- Como aprendeu a referenciar?
- Qual a opinião sobre a formação médica neste tema?

Relações de trabalho

- Quais as barreiras que encontra no sistema?
- Qual a percepção do discurso da especialidade sobre os encaminhamentos e condutas do médico da atenção primária?
- Já foi subestimado ou sofreu alguma espécie de humilhação, por encaminhamento?
- O especialista vê o médico da rede primária com igualdade?
- O médico da rede / especialista tem interesse em manter atendimento conjunto?
- Qual a qualificação percebida dos médicos em geral?

Relações sociais

- As pessoas abusam do sistema?
- Há falta de vagas no sistema?
- Os profissionais da saúde pública vêem os usuários com igualdade?
- Os profissionais universitários da saúde pública vêem os técnicos e demais profissionais com igualdade?
- O que você entende por igualdade?

Conhecimento operacional do SUS

- O que você entende por integralidade, universalidade e equidade?
- O que você entende por regionalização, hierarquização?
- Quais as atribuições de cada nível?
- Qual a resolutividade estimada da assistência básica?
- Há interesse no fortalecimento da assistência primária?

Gostaria de ouvir a fita ou que fosse entregue uma transcrição?

Quisera encontrar aquele verso menino
Que escrevi há tantos anos atrás
Falo assim sem saudade, falo assim por saber
Se muito vale o já feito, mais vale o que será
E o que foi feito é preciso conhecer para melhor prosseguir
Falo assim sem tristeza, falo por acreditar
Que é cobrando o que fomos que nós iremos crescer
(Milton Nascimento)⁵

III. A Atenção Básica

III.1. Breve Descrição da AB

Há uma infindável discussão acerca da terminologia ideal para designar o primeiro nível de assistência à saúde. PARKER et al (1976), na busca de um consenso sobre o significado da expressão “atenção primária” (*primary care*), com vistas à identificação da melhor estrutura organizacional para este tipo de abordagem, chegaram a 92 diferentes conceituações de acordo com os diversos pontos de vista prevalentes nos EUA.

Ainda no planejamento da conferência internacional de Alma-Ata, travou-se um debate sobre a diferença entre Serviço Básico de Saúde e Atenção Primária em Saúde (APS). Foi disposto que esta significaria o serviço básico acrescido da inserção comunitária e intersetorialidade. Entretanto, documentos da própria Organização Mundial de Saúde (OMS) já incorporavam ambos os conceitos ao serviço básico (LITSIOS, 2002). Nesta conferência ficou definido que APS integra uma rede de serviços

⁵ Extrato da música “O que foi feito deverá”

estruturados, mas foram necessários 140 palavras para delimitá-la (OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1978):

“Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.” (OMS, 1978)

A partir daí é comum a alusão ao “serviço de saúde básico” como aquele serviço restrito que não incorpora a água, saneamento e provimento de alimentação como pertencentes ao campo da saúde (UNGER e KILLINGSWORTH, 1986). WALSH E WARREN (1979), no artigo índice sobre discussões sobre “APS seletiva”, conceituam “serviços básicos” como o estabelecimento de clínicas simples com profissionais da saúde para atender a população doente, dentro da proposta do Banco Mundial de um agente comunitário de saúde ou enfermeira para 1.500 a 2.000 pessoas, e uma clínica para 8.000 a 10.000 habitantes ou abrangência de 10 Km².

Até hoje há certa confusão sobre o tema. Barbara Starfield, uma das principais autoras nesta área, de modo indicativo, omite “Health” ao publicar um importante livro com o título de “Primary Care” (STARFIELD, 1998), uma vez que nos EUA esta denominação usualmente está ligada estritamente à assistência médica.

O Brasil está longe de um consenso sobre tal conceituação. Em contraste com a tendência internacional, a expressão “atenção básica” foi oficializada pelo governo brasileiro, que passou a denominar assim suas secretarias e os documentos oficiais⁶. De acordo com o Ministério da Saúde: “Atenção Básica é um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação” (BRASIL, 1999).

Entretanto, ao mesmo tempo em que uns entendem “básica” vindo de “base” e não de “básico, simples”, outra corrente interpreta “primário” como “primeiro, principal”, não como “elementar, rudimentar”. Em seguida, a transcrição de algumas opiniões de uma recente tertúlia na lista de discussão virtual da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, que conta com cerca de 450 profissionais, entre médicos de várias especialidades, enfermeiras, gestores, além de outras categorias.

...pois é, concordo com o *colega*. Acho inclusive que isso de chamar a APS de Atenção Básica lembra a “Atenção Primitiva” do Mario Testa... (SBMFC)

... por outro lado, existem setores do governo (não sei se Federal ou *do Estado*) que consideram o termo “atenção primária” pejorativo. Quando estava redigindo minha tese de conclusão da especialização em Saúde da Família, isto me foi colocado veementemente pela minha orientadora, que era chefe do serviço de Saúde do Trabalhador *do Estado*. (SBMFC)

Confesso também que eu nunca gostei do nome “Atenção BÁSICA”. O nome mundialmente estabelecido há muitas décadas é “Atenção Primária em Saúde” (APS)... para muitos, “básico” é a “cesta básica” ou “cheira” às estratégias do Banco Mundial e do FMI. Será que é só “questão de gosto” por um nome ou outro? Acho que não. Penso que há fundamentos diferentes entre eles. (SBMFC)

Por sua vez, TEJADA de RIVERO, diretor-geral da conferência de Alma-Ata, põe em questão o próprio sentido das palavras. Explica que a tradução de *care* por “atenção”

⁶ Em 2000 o Governo Federal cria o Departamento de Atenção Básica. Outros usos do termo incluem: NOB 96 – Norma Operacional Básica, Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) entre outros.

e não para “cuidado” nas línguas latinas dificultaria o próprio entendimento da proposta, uma vez que “cuidado” tem um sentido abrangente, integral, de cunho horizontal e participativo. Ao contrário, “atenção” associa-se a um significado mais de imposição, assimetria e unilateralidade (TEJADA de RIVERO, 2003)⁷.

A Inglaterra foi o primeiro país a assumir uma estratégia de saúde voltada para o fortalecimento de uma rede primária de assistência médica. Em 1912 foi instituído o seguro nacional de saúde no Reino Unido e, em 1920, proposto um sistema de saúde hierarquizado em três grandes níveis: primário, secundário e hospitais de ensino, interligados entre si (STARFIELD, 1998). Logo após a Segunda Guerra, foi criado o Sistema Nacional de Saúde (NHS), baseado em valores de universalidade e equidade e fundamentado solidamente na assistência primária, como parte das medidas destinadas a atingir um estado de bem estar social.

Sem conseguir um acordo com a classe médica, o NHS foi imposto autoritariamente pelo então ministro da saúde Aneurin Bevan em 1948 (WEBSTER, 1998; PORTILLO, 1998), sob a fúria e trocas de pesadas acusações bilaterais com a Associação Médica Britânica. Este novo sistema também desagradou os países aliados, que viam apreensivos e com desconfiança a instauração de um sistema de saúde socializado, desenhado com a participação comunista, em plena Inglaterra do pós-guerra (HART, 1998). Passou-se meio século para que a sociedade médica assumisse definitivamente a defesa do sistema e sua *mea-culpa* em retardar o processo (WEBSTER, 1998). Esta estrutura acabou por se tornar paradigma na discussão de modelos assistenciais em todo o mundo.

⁷ Pelo exposto, “primeiro cuidado à saúde” parece ser a expressão mais adequada para o primeiro nível de assistência à saúde. Neste texto as expressões serão usadas como sinônimo, com preferência pela “atenção básica (AB)” por ser o padrão oficial adotado no Brasil.

Nesse mesmo período de criação do sistema inglês, os EUA passavam por situação semelhante, menos relacionado à Segunda Guerra do que com a grande depressão de 1929. De um lado o Serviço Nacional de Saúde Pública defendendo a criação de um serviço público universal, apoiado por impostos, e de outro a vitoriosa oposição das alianças de grupos médicos (AROUCA, 2003).

No final da década de 60, à medida que se explicitava a impertinência das políticas campanhistas da OMS pelo controle de algumas doenças infecciosas, particularmente na erradicação da malária, ficava claro a necessidade de políticas de implementação de serviços básicos de saúde (LÍTSIOS, 2002; CUETO, 2004).

A Comissão Médica Cristã, uma organização do Conselho Mundial de Igrejas e Federação Luterana Mundial, teve uma participação importante no processo. Com larga experiência em países em desenvolvimento, percebeu que grande parte das ações missionárias focava em ações hospitalares, com baixo impacto na saúde da população. Assumiram, então, a defesa da intervenção local em saúde, com o treinamento de moradores e metodologias simples, em oposição ao modelo ocidental baseado na tecnologia hospitalar. Em 1974 estabeleceram uma colaboração formal com a OMS (LITSIOS, 2004; CUETO, 2004).

Esforços no sentido de redirecionar o cuidado à saúde para o nível comunitário já haviam surgido em vários países como Bangladesh, Tanzânia, Venezuela, além de experiências não governamentais como nas Filipinas. A expansão rural da medicina chinesa, com os “médicos pés-descalços”, também aparece com o modelo internacional de intervenção em saúde (WERNER e SANDERS, 1997; CUETO, 2004). Em Cuba já se organizavam policlínicas comunitárias trabalhando conceitos como continuidade,

integralidade, regionalização e participação da comunidade no início dos anos 60 (OCHOA, 2003).

No Brasil, se falou de postos de saúde ainda nas primeiras décadas do século passado e a reorientação do sistema já fazia parte das propostas da 3ª Conferência Nacional de Saúde em 1963 (MERHY, 1997). Foi, no entanto, na década de 70 que floresceram propostas sistematizadas para a AB, baseadas principalmente nos movimentos preventivista e na medicina comunitária, propostas surgidas nos EUA na década anterior (ZANOLLI, 1999).

Segundo LITSIOS (2004), três experiências comunitárias foram particularmente influentes nas discussões precedentes à Alma-Ata: Indonésia, Índia e Guatemala. Todavia, foi a figura de Halfdan T. Mahler, o grande fator decisivo na reorientação das políticas da OMS.

Proveniente da Dinamarca, reconhecidamente carismático e politicamente habilidoso, Mahler substituiu o brasileiro Marcolino Candau como diretor geral da OMS em 1973. Baseado em experiências prévias na direção de programas de combate à tuberculose na América Latina e Índia, passou a ser um ferrenho defensor da atenção primária à saúde. Após dois mandatos à frente da OMS, seu afastamento foi considerado como um marco de uma era voltada para APS.

Nos anos de guerra fria a questão tomou nítidos contornos ideológicos. Uma conferência internacional sobre cuidados primários foi sugerida pela representação chinesa na OMS, inicialmente sob a oposição soviética (CUETO, 2004). À medida que se fortalecia esta tendência, o regime comunista soviético viu a oportunidade de influenciar

na reorientação de novas estratégias que se faziam necessárias às políticas de saúde internacionais.

Sendo a OMS considerada uma voz supra-ideológica, todo esforço foi empregado no sentido de torná-la vitrine do modelo assistencial comunista soviético, particularmente em detrimento do modelo chinês (LITSIOS, 2002). Na Assembléia Mundial de Saúde de 1970 foi dado o passo inicial do intento soviético ao conseguir a aprovação de sua resolução: “Princípios Básicos para o Desenvolvimento de Serviços de Saúde”. Deu-se então uma disputa de cabo de força político, palavra a palavra, que culminou com a convocação internacional para a Conferência Internacional em Cuidados Primários à Saúde organizado pela OMS e UNICEF na cidade de Alma-Ata, ex-União Soviética, no ano de 1978 (LITSIOS, 2002)⁸.

Vários esforços foram feitos no sentido de hospedar a conferência em outros países, como Costa Rica, Egito, Irã e Suíça (como país sede da OMS), mas o patrocínio soviético de US\$ 2 milhões e a atuação de seu representante, Dimitri Venediktov, foram fundamentais na escolha do atual Cazaquistão. (LITSIOS, 2002; TEJADA DE RIVERO, 2003).

Naturalmente, devido a crescentes estranhamentos entres os regimes, a China não enviou representantes. Com a participação de 134 países, 64 organizações internacionais e outras tantas não governamentais, a Conferência Internacional de Alma-Ata se tornou o evento de maior significado histórico sobre o debate de modelos

⁸ Neste artigo bastante elucidativo, o autor conta sua versão presencial dos eventos ocorridos na OMS nos idos de 70. Expõe uma forte oposição do Dr H. Mahler, diretor geral da OMS, à conferência de Alma-Ata. Sugere que este posicionamento estava baseado na sua experiência prévia de 10 anos combatendo a tuberculose na Índia. Mesmo sendo entusiasta da atenção primária, acreditava que esta só seria eficaz num modelo descentralizado e ascendente, em nítido contraste com o modelo soviético.

de assistência à saúde. O Brasil não foi representado, assim como nenhuma justificativa apresentada para esta ausência. Em 1979, entretanto, uma delegação brasileira chefiada pelo ministro da saúde compareceu para a aprovação da “Declaração de Alma-Ata” na 32ª Assembléia da OMS (GENTILE de MELLO, 1981).

A necessidade de se investir em cuidados primários à saúde permitindo acesso universal foi a estratégia então definida na Declaração de Alma-Ata como forma de diminuir a iniquidade e promover o desenvolvimento social e econômico da comunidade, sendo a participação individual e coletiva no planejamento e na execução dessas políticas, um direito da população (OMS, 1978).

A APS foi preconizada como parte integrante do sistema de saúde de qualquer país, onde deveria desempenhar função central. O foco tradicional da atenção médica foi ampliado para a abrangente atenção à saúde, que passou a englobar todas as ações e pessoas relacionadas ao cuidado, incluindo ações sanitárias, educação, agricultura, entre outros como forma de alcançar “Saúde para Todos no ano 2000” (OMS, 1978)⁹.

Oito tópicos sintetizam o conjunto mínimo de ações: educação em saúde; suprimento nutricional; suprimento de água potável e saneamento básico; cuidado materno-infantil e planejamento familiar; imunização; prevenção e controle de doenças locais endêmicas; tratamento de doenças comuns e oferta de medicamentos essenciais.

Em 1996, na Carta de Ljubljana, a APS foi reforçada pelos países europeus membros da OMS com o delineamento de princípios que devem integrar todos os

⁹ Apesar de ser o marco mais importante da história da APS e mesmo confundir-se com o tema, discussões sobre atenção básica remontam às décadas anteriores. Litsios (2002) faz referência a documentos da OMS sobre discussões consonantes ainda em 1937 na Indonésia. A grande novidade foi justamente o reconhecimento internacional da APS como prioridade política dos países envolvidos.

sistemas de saúde ou servir de parâmetros em sua reforma: guiar-se por valores, visar a saúde, centrar nas pessoas, foco na qualidade e orientar-se para a assistência primária à saúde (LJUBLJANA..., 1996).

III.2. Verticalistas x Horizontalistas (integralistas)

Em 1979, em Bellagio, Itália, foi realizado um simpósio sobre saúde e população em desenvolvimento, patrocinado pela fundação Rockefeller, que viria a ter grande repercussão. Estavam presentes Robert McNamara, presidente do Banco Mundial, executivos do Centro de Pesquisa e Desenvolvimento Internacional do Canadá, da Agência de Desenvolvimento Internacional dos EUA e da Fundação Ford, Unicef entre outras (CUETO, 2004).

Naquele momento, as agências financiadoras estavam preocupadas em encontrar opções para políticas de saúde públicas, especialmente aquelas “que iriam ter sucesso” (WARREN, 1988). Baseado nas preocupações do Banco Mundial sobre o custo e abrangência das propostas da APS, foi apresentado o conceito de atenção primária “seletiva”, fundamentalmente ancorada em análises de custo-efetividade (WALSH e WARREN, 1979). Em oposição ao termo “seletivo”, estes autores cunharam a expressão “compreensiva”¹⁰ em referência a proposta de Alma-Ata.

Presumida como estratégia inicial e interina para o alcance da APS, os autores da proposta de APS seletiva vislumbraram como as duas principais prioridades para um sistema de saúde em países em desenvolvimento a seleção de doenças e suas possibilidades de tratamentos. Em outras palavras “...serviços de saúde devem ser

¹⁰ “Comprehensive Primary Health Care”. A tradução do termo *comprehensive* como é entendido internacionalmente na área de saúde não encontra unanimidade no Brasil. Ver nota de rodapé 39.

orientados em direção ao controle daquelas doenças que produzem a maior quantidade de mortes e desabilidades...”(WALSH e WARREN, 1979). Foi então elaborada uma lista com 23 principais patologias de acordo com critérios de prevalência, morbi-mortalidade e viabilidade de intervenção em termos de custo e eficácia. Quatro principais medidas foram então propostas: imunização, reidratação oral, aleitamento materno e drogas antimaláricas (WALSH e WARREN, 1979). Pelo menos outros dois encontros voltaram a ocorrer em Bellagio em 1984 e 1985¹¹ para discussões acerca desta abordagem (WARREN, 1988).

Essa proposta não passou despercebida, e recebeu duras críticas ao longo dos anos. GISH (1982) tratou a questão como “vinho velho em garrafa nova”. No seu entender esta nova denominação parecia apenas mascarar antigos programas de intervenção vertical. Tratados como verticalistas, os defensores da “seletividade” foram acusados de reduzir a atenção à saúde a um pacote de combate de doenças específicas pré-selecionadas compatível com a visão de saúde como ausência de doença; em postura autoritária, desconsiderando seus determinantes sociais, a infra-estrutura de saúde pré-existente nas localidades e a participação comunitária, além de ater-se exclusivamente às tecnologias médicas como solução para a saúde. Por outro lado, seria inadmissível a seleção externa de um lista de doenças “viáveis”, ignorando problemas como tuberculose e hanseníase, inviáveis do ponto de vista de intervenção vertical. (GISH, 1982; UNGER e KILLINGSWORTH, 1986; RIFKIN e WALT, 1986, WISNER, 1988).

BERMAN (1982) tece sérias críticas ao uso da relação custo-efetividade como principal critério de análise e na busca de “objetividade” no que chama de decisões de

¹¹ Em março de 1984, sob patrocínio da OMS, Unicef, Programa de Desenvolvimento da Nações Unidas (UNDP), Banco Mundial e Fundação Rockefeller: “Protecting the World’s Children: vaccines and immunizations within primary health care; e em abril de 1985: “Good Health at Low Cost”.

vida e morte. Para ele, esta metodologia incorre na possibilidade de simplificações, dificuldades de comparação de trabalhos com diferentes unidades de medida, confusões entre eficácia versus cobertura populacional e dificuldade na seleção de alternativas apropriadas para comparação. Sobretudo, o que deveria estar em jogo não seria apenas a decisão de investimento contra doenças mais letais, mas escolhas baseadas nas diferentes necessidades, grupos envolvidos e aspectos culturais (BERMAN, 1982). Grosso modo, os principais focos das críticas em relação a APS seletiva dizem respeito a exclusão da comunidade nas decisões e o valor central das tecnologias na superação dos problemas de saúde. Não se coloca em dúvida o valor individual das medidas preconizadas, mas seu potencial em anular as demais discussões necessárias ao desenvolvimento da APS.

O debate tomou tal proporção que em 1988 a revista *Social Science & Medicine* convidou Susan Rifkin e Gill Walt como co-editores na publicação de um número inteiro com 14 artigos referentes ao tema¹², incluindo os principais nomes envolvidos. Alguns autores ponderaram a pertinência da abordagem seletiva como fase inicial de impacto na saúde, lembrando que desde a proposta inicial de Walsh e Warren, em 1979, está explicitada a condição de interinidade e sinergismo com o desenvolvimento da amplitude da APS, assim como a importância das tecnologias não deve ser subestimada, de modo que, ao invés de uma polarização, as qualidades de ambas propostas deveriam ser levadas em consideração (WARREN, 1988; WALSH, 1988; MOSLEY, 1988). Outros viam na APS uma idéia revolucionária, irreconciliável, diametralmente oposta, uma antítese da seletividade (RIFKIN e WALT, 1986; UNGER e KILLINGSWORTH, 1986; NEWELL, 1988, WISNER, 1988).

¹² Soc Sci Med 26(9), 1988. Disponível na biblioteca da FCM- Unicamp.

A despeito de todo embate, em 1982 a Unicef publica em seu relatório “*The state of the world’s children*” de 1982-83 o que denomina “*A Children Survival Revolution*”, em que preconiza quatro elementos vitais para implementar a nutrição e saúde das crianças do planeta: monitorização do crescimento (Growth charts), terapia de reidratação oral (Oral rehydration), aleitamento materno (Breastfeeding) e imunização (Immunization), cujas iniciais em inglês tornaram o programa conhecido por “GOBI”.

Nos anos seguintes a imunização foi encarada como projeto principal de forma a alcançar um alto índice de vacinação em 1990 incluindo a erradicação da poliomielite no hemisfério ocidental sob os cuidados da Organização Pan Americana de Saúde (WARREN, 1988). Posteriormente, foram incluídos outros três pontos à abordagem seletiva preconizada pela Unicef: educação materna (Female literacy), planejamento familiar (Family planning) e suplementação vitamínica (Food supplementation) ou GOBI-FFF.

Alguns autores endureceram nas críticas. Entre os mais radicais, UNGER E KILLINGSWORTH (1986) revisam todas as referências usadas por WALSH e WARREN (1979) com o intuito de mostrar a falta de fundamentação científica de tal proposta. Acusam as agências financiadoras de buscarem resultados mensuráveis e de encorajarem a participação de setores privados, ao deslocar o foco das necessidades percebidas pela população para a oferta privada, reforçando a influência hospitalar na atenção primária e desestimulando a participação médica em programa tão limitado. A exclusão da participação popular e promoção de tecnologias serviria para manutenção do *status quo* (UNGER e KILLINGSWORTH, 1986).

WISNER (1988) vai mais longe ao imputar à Unicef o reconhecimento da “naturalidade da pobreza” e ignorar os movimentos sociais. Com as campanhas de orientação, a Unicef teria adotado a estratégia de “marketing social”, mais preocupado com o “produto” do que com o “processo”, tornando a participação comunitária “instrumental” ao invés de “transformativa. Essa visão tecnocrática, baseada em campanhas desenvolvidas por agências externas à comunidade seriam responsáveis pela difusão de valores morais e éticos de uma elite para toda população em processo atrelado e subordinado ao fortalecimento de valores de mercado (WISNER, 1988)

Para RIFKIN e WALT (1986) há um engano fundamental que contaminou a discussão do cuidado primário. Segundo ponderaram, a APS seria uma estratégia de desenvolvimento da saúde da população e não deveria ser confundida como mera alternativa de oferta de serviços de saúde. Esse “detalhe” faria toda a diferença, pois nele estariam implícitos “processos e mudanças ao invés de programas desenhados para repetição e replicação”. A própria OMS já reconhecia em 1973 que qualquer novo modelo de sistema de saúde seria ineficiente se não fosse considerado o desenvolvimento socioeconômico global da nação (RIFKIN e WALT, 1986).

Dois dos principais protagonistas, Halfden Mahler e David Tejada de Rivero viram na implementação das medidas seletivas uma “impaciência” das agências financiadoras por medidas de impacto, ao invés da busca pelas mudanças estruturais inicialmente pensadas em Alma-Ata (UNGER e KILLINGSWORTH, 1986; TEJADA de RIVERO, 2003).

III.3. O Sistema de Saúde ideal

Qual a organização ideal de um sistema de saúde e como organizar o crescente fluxo de informações geradas nos inúmeros subsistemas componentes são questionamentos universais que não contam com respostas definitivas. Apesar da ampla aceitação dos ideais da APS, havia pouca fundamentação científica nas suas propostas, ou como sugere STARFIELD (1998), eram embasadas na “fé”.

Nos últimos anos, entretanto, surgiram evidências consistentes dos benefícios desta estratégia. Uma comparação internacional entre doze países mostrou, naqueles onde o sistema de saúde estava baseado na assistência primária, diminuição de custos, aumento da satisfação popular com os serviços de saúde, melhores indicadores de saúde e menor uso de medicamentos (STARFIELD, 1994a). Comparado com treze países, os EUA situaram-se na penúltima posição na análise de dezesseis indicadores de saúde. As dificuldades históricas de se estabelecer uma assistência primária forte foram sugeridas como uma das explicações para este baixo desempenho (STARFIELD e SHI, 2002).

O Brasil apostou na elaboração de um modelo voltado para a AB a partir da Constituição Federal de 1988, onde foi previsto um sistema único, descentralizado, integral e com a participação da comunidade, culminou com a criação do SUS . Esta orientação se solidificou com a instituição do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994. Baseado no trabalho de equipe multiprofissional, foi inserido nos princípios de integralidade e hierarquização, além de trabalhar com o território e adscrição de clientela. Na prática, deveria se caracterizar como uma reorganização da prática assistencial na saúde pública do país com caráter substitutivo ao modelo tradicional da atenção médica (BRASIL, 1997). Inicialmente pensado como um programa, logo se

tornou a estratégia da política de saúde para a atenção básica para todo sistema de saúde.

Recentemente, de modo ainda tímido, os principais órgãos representativos da classe médica do país¹³, na Carta dos Médicos à Nação Brasileira de maio de 2003, oficializam posição quanto a necessidade do “fortalecimento da atenção primária à saúde, em seu conceito de atenção integral ao cidadão...” (CARTA..., 2003). Este tipo de reconhecimento, a par de ter um peso prático relativamente pequeno, se mostrou importante para a legitimação e defesa de novos modelos assistenciais, como foi o caso da Inglaterra.

III.4. Quais os limites da AB?

A definição precisa dos limites entre os diversos níveis de complexidade tecnológica de um sistema de saúde é uma preocupação constante no debate da AB. É comum o desejo de se estabelecer, geralmente em forma de protocolos, uma fronteira linear e estanque nos limites de atuação dos profissionais dos diferentes níveis de complexidade, pondo fim às incertezas quanto ao momento ideal de se referenciar para o próximo nível. Este desejo maniqueísta nasce fundamentalmente no anseio defensivo do médico da AB, e nos ganhos secundários – financeiros, prestígio etc – em delimitar áreas de atuação das especialidades.

Num estudo sobre a precariedade na regulamentação de especialidades no país, CAMPOS et al (1997b) atenta para a tendência destas em estabelecer limites rígidos de atuação em sua área de competência, conseqüentemente negando aos demais médicos

¹³ Associação Médica Brasileira (AMB), Associação Nacional dos Médicos Residentes, Confederação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina (CFM) e Federação Nacional dos Médicos.

capacidade para realizar procedimentos incluídos nestas áreas. WEINBERG (2003) pontua sobre uma orientação insistente no ensino médico norte-americano em reforçar a visão de que o pediatra geral é incapaz de fornecer a maioria do cuidado da criança. Este fato associado com uma grande concentração de subespecialistas seria responsável por restringir os limites de atuação do pediatra geral (FORREST et al, 2003b).

De fato, não é de se esperar que as especialidades delimitem tranqüilamente um amplo campo de atuação para os clínicos gerais, pois umas das conseqüências diretas seria a própria constrição de seu núcleo de atuação.

DONNANGELO (1979) sustenta toda a medicina como um ato de regulação da capacidade de trabalho, o que implica profundamente na força de trabalho como parâmetro para a própria norma biológica. Isso, portanto, confere valor ao controle da restauração do corpo enquanto agente determinado da produção econômica. Assim a inesgotável incorporação de tecnologias novas ou atualizadas para diagnóstico e terapêutica, que não são outra coisa senão mercadorias cujo consumo deve ser efetivado e legitimado pelos médicos, passa a ser responsável pela mais-valia do produto incorporado.

Faz sentido então, pensar numa disputa entre as especialidades pela premissa da incorporação e manutenção destas novidades tecnológicas num processo contínuo de alienação e ganhos por uma “competência produtiva” (DONNANGELO, 1979) – essa mesma lógica pode e deve ser extrapolada para as clínicas gerais em relação à participação popular na saúde. O processo de produção capitalista é acusado de tratar o corpo enfermo não mais como objeto de trabalho, mas como mercadoria, resultando num fenômeno de fetichização da medicina:

O problema se transforma em um tratamento comercial, onde se disputa a apropriação da mais valia gerada nos processos de trabalho social, enquanto se procura conservar o valor que justifica a própria existência da mercadoria e que é responsável pelas condutas absurdas ou patéticas assumidas com o corpo doente.
(TESTA, 1992, p. 59)

O fato do SUS não permitir ganhos diferenciados por produtividade deixaria crer que não haveria razão para reter conhecimentos, ou não reconhecer a competência do outro, se isso se traduz em aumento de demanda, sem correspondência financeira. Todavia, o serviço público não exige dedicação exclusiva, de forma que há um número expressivo de médicos que atuam ou são desejosos de atuarem no serviço privado. Logo, a perspectiva constante de atuação “autônoma”, imersa numa cultura neoliberal globalizada, reforça continuamente a visão liberal da medicina, impregnada desde a graduação, ou mesmo, antes.

Neste estudo, foi justamente entre os especialistas que esse ideário se manifestou mais claramente.

O problema é que existe uma diversidade grande que assim, num posto tem dois pediatras fantásticos, fenomenais. Não se sabe o que estão fazendo lá... estariam tocando serviço particular super bem, entende? (médico 2^{ário})

... tem que valorizar... porque o médico fica no posto de saúde, enquanto ele não arruma uma coisa melhor. A hora que ele arrumar alguma coisa melhor, até logo para rede básica de saúde... Não sei, às vezes até um outro convênio ou vai embora. Ou o consultório particular dele começa a melhorar um pouquinho.... Ele não precisa tanto, ele vai embora... aquilo lá não é um trabalho... ele acha que aquilo é simplesmente cumprir o horário... (médico 3^{ário})

... ‘nem me examinava e mandou com esta receita aqui que não tenho dinheiro para comprar, e esse exame aqui que ele disse que demora seis meses, mas me ofereceu na clínica particular, que faz pela metade do preço’. (SBMFC)

Por outro lado, confusões a respeito das divisas entre as áreas de competência são resultados inevitáveis da própria impossibilidade de haver precisão nos limites, dificultando inclusive a conceituação do sistema secundário, borrado entre os outros

dois níveis. A definição de médico secundário pela associação mundial de medicina de família não ajuda muito: “médico que fez um período de formação pós-graduada numa disciplina baseada num sistema de órgãos ou patologias e que trabalha predominantemente nessa disciplina num contexto hospitalar” (WONCA, 2002). Neste caso, o pediatra seria um clínico geral (da criança) ou especialista? A gastro-pediatria se inclui como assistência secundária ou terciária? O primeiro ímpeto leva a pensar no local de atuação como forma de classificar o nível de atuação, mas ainda não resolve definitivamente¹⁴.

Na base da imprecisão entre os limites do secundário e os outros níveis há uma questão fundamental. Poder-se-ia dizer que, em relação à AB há embutido primordialmente um sentimento de limitação da competência técnica, enquanto que para o terciário a separação estaria baseada mais no acesso às tecnologias armadas do que primordialmente nas competências. Ledo engano, é o que se advoga neste estudo.

Sem perder de vista a influência do capital nesse processo, posto que permeia toda lógica da estrutura liberal, do ponto de vista clínico tal visão se apóia na falta de discernimento da diferença das complexidades. Antes de qualquer coisa, é nessa diferença e no valor preditivo que estão as principais características de cada extrato do sistema de saúde. No entanto, é comum que manuais de condutas médicas, consensos e protocolos tentem balizar os limites de atuação da AB a partir dos conhecimentos de um

¹⁴ O Promed, programa de adequação de currículos de medicina para a AB do SUS, tem em suas diretrizes a orientação de que os cursos médicos devem formar profissionais com “postura ética, visão humanística... e orientação para *atuar em nível primário e secundário de atenção...*” (grifo nosso). Em Campinas, o Hospital Mario Gatti é visto como um hospital secundário ou terciário, de acordo com o interlocutor. Apesar do franco processo de mudança, em alguns serviços ainda existem ambulatórios de puericultura ou pré-natal de baixo risco, cirurgia geral entre outros, em hospitais de ensino.

conjunto de especialistas naquele determinado tema, fundamentalmente com atuação terciária e pouca ou nenhuma experiência em AB.

Neste ponto o debate pode trilhar vários caminhos, dois dos quais se discute a seguir.

III.4.a. Seria um consenso de subespecialistas a melhor opção para definir os limites de atuação da AB?

Neste caminho, considera-se, não sem razão, que o especialista seria conhecedor aprofundado de uma determinada área. Daí, avança-se para a determinação de que ele seria mais apto para preconizar o momento apropriado da referência, bem como quais os exames complementares indicados para se trabalhar na sua área dentro do nível precedente do sistema.

Ocorre que o generalista trabalha, por definição, com 95 % da variação normal de qualquer característica daquela área, portanto acostumado com uma variedade de apresentação muito maior, e em estágios mais precoces do que o especialista. A especialidade sempre terá um conhecimento específico da doença, sua evolução e tratamento melhor que na AB. Por outro lado, não é apenas a habilidade do médico da AB em lidar com patologias específicas que está em questão, mas também a experiência do especialista em fornecer cuidado abrangente e integral ao doente, características predominantes da AB (STARFIELD, 1994b; STARFIELD, 1997). Discordâncias de condutas estariam incluídas aí, pois o cuidado geral é centrado no paciente, enquanto que o cuidado especializado é focado na patologia.

Especialmente no nível terciário, trabalha-se com níveis de prevalência de patologias muito altos, ainda exacerbados pela divisão dos hospitais em alas de especialidade, em exemplo extremo, a unidade coronariana. Essa alta taxa de prevalência de uma doença faz com que a sensibilidade de um teste, seja ele laboratorial, ou mesmo parte do exame físico especial, mantenha uma relação direta com seu valor preditivo positivo (VPP)¹⁵, o que não é verdadeiro numa situação onde a patologia está diluída ou ausente na comunidade. É sabido também, que especialistas, pelos motivos descritos, tendem a fazer maior uso das tecnologias armadas, mais exames e mais tratamentos do que o médico da AB, mesmo para os mesmos problemas (STARFIELD, 1994 b).

WHITE et al (1961) demonstraram, nos EUA e Reino Unido, que para 1000 adultos num período de 30 dias, 750 reportavam algum sintoma e 250 procuravam um médico. Uma parcela mínima da população era hospitalizada, sendo que somente um em cada mil adultos em risco foram internados em serviço universitário. Depois de 40 anos este cenário foi revisitado, desvelando uma maior estratificação da assistência com o aparecimento das medicinas alternativas. Mas, em termos gerais não houve modificação substancial do quadro. O hospital de clínicas universitário apresentou a mesma seletividade da clientela, menor que 0,001% da população em risco (GREEN et al, 2001).

Grosseiramente extrapolando dados sobre o cuidado médico nos EUA para o Brasil e, levando-se em conta que um especialista passa de 9 a 11 anos dentro de um hospital de clínicas, sua predição para os testes que utiliza estão próximos da própria

¹⁵ Neste momento, é proposital a escolha da sensibilidade e VPP, pela sua importância nas iatrogenias ativas e do diagnóstico, como será discutido à frente.

sensibilidade e especificidade para aquele exame. Na clínica geral é esperado que a prevalência das patologias esteja bastante diluída, até mesmo ausente em determinada faixa etária pediátrica. Em alguns casos, testes altamente apropriados para o especialista, na atenção primária podem equivaler a jogar uma moeda para cima em “cara ou coroa” (GRIMES e SCHULZ, 2002).

Por outro lado, o médico da APS trabalha com um conhecimento horizontal e ao longo do tempo, o que faz da demora permitida um recurso importante (KLOETZEL, 1999). Neste contexto, é razoável aceitar que a decisão sobre o momento de se encaminhar, assim como da realização de testes ou exames específicos naquele momento, deva ser do médico que encaminha.

Da mesma forma, a elaboração de consensos e protocolos direcionados para a atenção básica deve contar primordialmente com autores da atenção básica com a colaboração das especialidades. O inverso procede. Por exemplo, a Academia Americana de Urologia ao nomear um painel de experts para definir suas recomendações sobre micro-hematúria assintomática no adulto, teve a preocupação em incluir um médico de família em sua composição (GROSSFELD et al, 2001).

Em Campinas, o Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher – CAISM, um centro de referência internacional pertencente à Universidade Estadual de Campinas, preconiza, em seus protocolos, a investigação de vitalidade fetal em gestações acima de 40 semanas, mesmo atuando como referência de pré-natais não complicados. Na rede básica, onde se deseja que o pré-natal seja conduzido por médicos de família e enfermeiras, é instruída a investigação da saúde da criança intra-útero a partir de 41 semanas. Este paradoxo – sem querer aprofundar essa discussão isoladamente – nasce

justamente de visões isoladas nas tomadas de decisões, influenciada por valores preditivos altamente tendenciosos.

O outro lado desta contenda é bem conhecido pela gestão local da saúde no Brasil, uma vez que a AB é exercida em grande parte, por subespecialistas, tanto na pediatria quanto na clínica. Como ele potencialmente leva para a atenção básica o valor preditivo aprendido em ambiente hospitalar, permitir que ele decida seus próprios limites de atuação e tenha acesso livre às tecnologias especializadas, pode ser oneroso para o sistema sem aumentar sua eficácia e comprometendo a equidade.

Um exemplo da rede de Campinas, mesmo sem validade estatística, é ilustrativo da situação. Em determinado CS, onde um dos médicos tinha formação em neurologia, foi encontrada, em maio de 2003, uma demanda reprimida de 67 eletroencefalogramas, com espera de até um ano e três meses, em contraste com outros CS do seu distrito. Estes exames entram na mesma fila dos exames solicitados pelos especialistas, de forma que representavam cerca de um terço da demanda reprimida solicitada por quatro neurologistas da referência secundária.

III.4.b. Haveria um modo de se estabelecer um limite preciso entre os atendimentos?

Eu acho que tem que ser hierarquizado e com complexidade. Tem que ser montado um protocolo entre os três (níveis) de modo que comece a ser atendido aqui, chegou no “X” do protocolo já não pode mais, vai para o segundo vai até “X” e assim vai, uma seqüência. Este protocolo tem que ser votado pelos três em conjunto, qualquer um das três unidades tem a mesma seqüência na mão. (médico 2^{ário}) – Grifo do autor.

A não ser que se volte o olhar rumo a uma medicina mecanicista e positivista amplamente baseada em critérios, todo esforço neste sentido seria perdido. A própria

variação social das normalidades moral, ética e religiosa tornaria tal empreendimento tarefa inglória em várias áreas, especialmente nas comportamentais. Acrescente-se ainda o entendimento da normalidade biológica com seus novos estados normais, influenciando na decisão de se referenciar. Sem se esquecer do contexto social, cultural, familiar e financeiro como elementos chaves na decisão do encaminhamento, especialmente em adultos e idosos.

A relação primário-secundário não pode ser vista como algo estático. Há grande sobreposição entre as áreas de atuação, com variações consideráveis de sistema para sistema e de região para região. ROSENBLATT et al (1998) mostram que o atendimento primário é comumente realizado por especialistas nos EUA, particularmente para algumas especialidades. No Brasil não é diferente, tanto no sistema público quanto na assistência privada, reflexo da própria política de pós-graduação médica.

Em outra linha de análise, não se discute que a formação técnica durante a graduação e residência médica é heterogênea, tanto por fatores externos quanto pessoais. Opções didáticas, recursos tecnológicos, perfil epidemiológico e sanitário local, exemplos docentes e identidade coletiva são exemplos de influências externas sobre a formação do aluno. Assim, algumas universidades são conhecidas por formar grandes cirurgiões, enquanto outras formam grandes pediatras, mas não têm “tradição” na saúde da mulher. Há serviços que possuem residência médica especializada, enquanto outros as têm apenas nas áreas básicas. Subjetividades, oportunidades e afinidade pessoal com determinadas áreas ou docentes funcionariam como variáveis internas. Em suma, dois médicos, provenientes da mesma universidade ou residência

médica, apresentam variações de formação significativas que irão se refletir na suas habilidades clínicas.

Portanto, a linha divisória entre os níveis de complexidade tecnológica é desenhada individualmente por cada profissional da atenção primária, e não haveria como ser diferente. Levando-se em conta que o volume total de conhecimentos profissionais adquiridos individualmente sejam potencialmente próximos, ou que sua variação seja equivalente entre generalistas e entre especialistas, o modo de distribuição desses conhecimentos técnicos entre as diversas áreas seria altamente heterogêneo e variável para cada profissional.

Essa impossibilidade de limites não é exclusiva da relação entre primário e secundário, mas com as próprias especialidades entre si. Estudando o processo de referência pediátrica nos EUA, FORREST et al (1999a) avaliaram 58.771 consultas que resultaram em 1.854 encaminhamentos. Dentre esses, apenas seis condições foram referidas para apenas um tipo de especialidade: sopro cardíaco, acne, cardiopatia congênita, problemas oftalmológicos não infecciosos, luxação congênita do quadril e convulsão. Todas as demais foram divididas entre mais de uma especialidade, como asma, entre pneumologia e alergia; dor abdominal, entre gastroenterologia e cirurgia pediátrica; e sintomas urinários, entre urologia e nefrologia. Praticamente há sobreposições de áreas de atuação em qualquer especialidade, por exemplo, ortopedia e reumatologia; cirurgia plástica e dermatologia; otorrinolaringologia e cirurgia buco-maxilo-facial.

Esta condição deve ser observada no planejamento da interação entre os níveis do sistema e na elaboração de protocolos, de forma a se respeitar possíveis desempenhos acima ou abaixo do esperado para determinada área médica. Em

concordância, a literatura mostra que médicos com alta taxa de referência em uma área, de modo geral não apresentam uma taxa de referência global acima da média, como será discutido adiante. A figura 1 exemplifica de modo esquemático esta idéia (em termos essencialmente de conteúdo técnico).

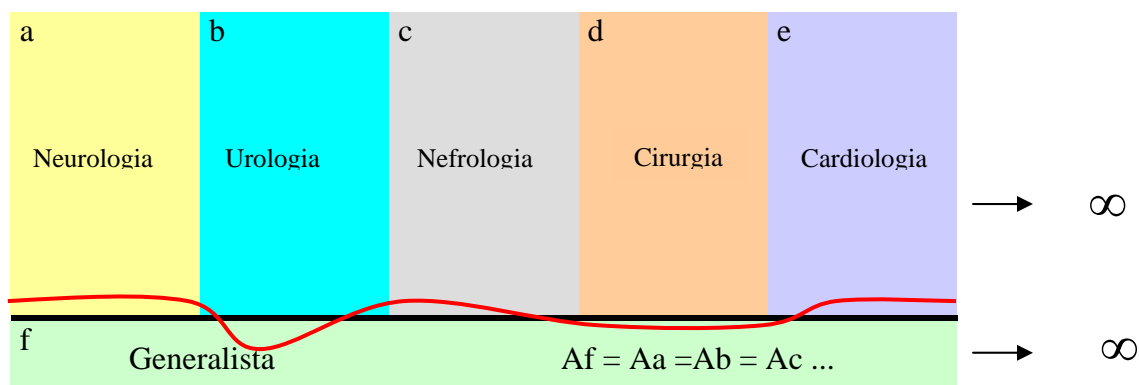


Fig 1. Limite idealizado (preto) e real (vermelho) entre níveis de complexidade da saúde.

Além do argumentado, deve-se considerar a baixa aderência global à utilização de consensos e protocolos. HAYWARD et al (1997) mostraram que, apesar de uma visão positiva sobre os consensos, poucos médicos canadenses faziam uso deles. De fato, menos de 40% declarou aderência a algum consenso no ano anterior, tendo sido usados meios de atualização mais tradicionais como consulta aos colegas, livros textos e artigos de revisão. Em estudo sobre a utilização dos consensos sobre asma em atendimentos de emergências pediátricas, somente 46% dos coordenadores desses departamentos conheciam esses documentos, elaborados pelo Instituto Nacional do Coração, Pulmão e Sangue norte americano (CRAIN et al, 1995). Em Campinas não parece ser diferente. Os médicos, de maneira geral, tiveram dificuldades em identificar algum protocolo.

Não, para a pediatria, se existe eu não sei e não uso. Mas, para clínica existe. Agora há uns 2 anos atrás... eu acho que existe, existe sim. Porque foi uma solicitação do serviço [] Isto está mais ou menos implícito, os exames que você manda... [] Talvez seja tão

antigo, porque eu também sou antiga da rede, que isso já está na minha cabeça e eu não saiba aonde está escrito. A única coisa que tem, que é para endocrinologia infantil, é um protocolo que o próprio endocrinologista encaminhou para a gente. (médico 2^{ário})

O conhecimento desses documentos, entretanto, não quer dizer que haja familiaridade com seu conteúdo (CABANA et al, 1999, 2000). Várias barreiras concorrem para diminuir a aderência, entre outras: o desconhecimento; falta de concordância com as recomendações ou com o próprio consenso em geral; baixa eficácia na experiência pessoal com as propostas; falta de clareza; inércia contra mudanças (CABANA et al, 1999, 2000). Uma das estratégias propostas para aumentar a aderência aos protocolos é justamente sua validação junto à sociedade a que pertence o médico que irá usá-lo, assim como por colegas de especialidade respeitados (HAYWARD et al, 1997).

IV. Complexidade e tecnologia em Saúde

Em 1910, no conhecido relatório Flexner, foi preconizado o fortalecimento das especialidades médicas como forma de sistematizar o estudo e o ensino da medicina (FLEXNER, 1910). Em face da imensa quantidade de informações científicas acumuladas desde então, fizeram-se necessárias a criação de novas especialidades e mesmo sua própria divisão em subespecialidades, provocando uma crescente restrição e aprofundamento do núcleo profissional. Paralelamente, a investigação diagnóstica aumentou sua especificidade, atrelada a uma dependência progressiva da tecnologia armada. Concorrendo para o aumento da complexidade geral da assistência médica, somam-se a transição epidemiológica e o aumento da expectativa de vida. Reconhecido tal trajeto, resta entender em que sentido a “complexidade” é ensinada e percebida nas áreas biomédicas.

A figura da pirâmide estratificada em nível primário, secundário e terciário é rotineiramente usada para a exemplificação dos níveis de complexidade do sistema de saúde. Esta simbologia incute percepções errôneas sobre as relações entre as partes, assim como sobre as proporcionalidades. Neste sentido, Darcy RIBEIRO (1995, p.210) mostra como a figura da pirâmide é um símbolo inapropriado para formar uma imagem da sociedade brasileira, e sugere modelos alternativos de representação. Na saúde, não é diferente. A figura da pirâmide trás em si inferências de hierarquia (ascendente), subordinação (“alto” escalão)¹⁶ e de competências (valor), no sentido de qualificação.

“... Veja, se eu tenho a *Universidade* aqui em cima, ou qualquer hospital terciário aqui em cima, tenho 4 ou 5 núcleos secundários aqui embaixo...(médico 3^{ário}).

¹⁶ Não tem sido incomum o uso de “quaternário” para expressar a assistência universitária.

CAMPOS (1997a), propôs que o trabalho médico mais especializado e/ou hospitalar fosse conquistado meritoriamente em etapas a partir do serviço básico, deixando em aberto a questão da qualificação para a atenção básica. Diz o texto:

Gradativamente, os postos de trabalho em unidades mais especializadas só seriam ocupados após um certo período de peregrinação e a realização de exames classificatórios, compondo uma situação em que o trabalho exclusivo em Centros de Referência ou em hospitais só fosse possível após uma série de etapas da carreira do servidor”. CAMPOS (1997a, p. 177)

Esta fala pode ser interpretada no sentido de que a experiência e o conhecimento das partes do sistema permitem a formação de um profissional melhor e mais integralizado, fato amplamente usado no sistema bancário, por ex. Considerando a área da saúde, se pertinente do ponto de vista administrativo, trás embutido, particularmente associado à proposta de exames classificatórios, o estabelecimento de uma situação meritória. Como consequência a AB seria vista como local de novatos e dos menos competentes para ascender na profissão. A proposta também falha em reconhecer um conjunto de conhecimentos próprios a AB, assim como a diferença nos valores preditivos entre os níveis do sistema.

Foi sugerido por CECÍLIO (1997) que a representação esquemática ideal das tecnologias da saúde seria o círculo, quebrando as inferências da hierarquia. A inversão da pirâmide, em funil – apesar de parecer para alguns uma figura anti-natural, também pode ser sugerida como um modo mais apropriado de representação esquemática dentro do contexto que discutimos (Fig 1).

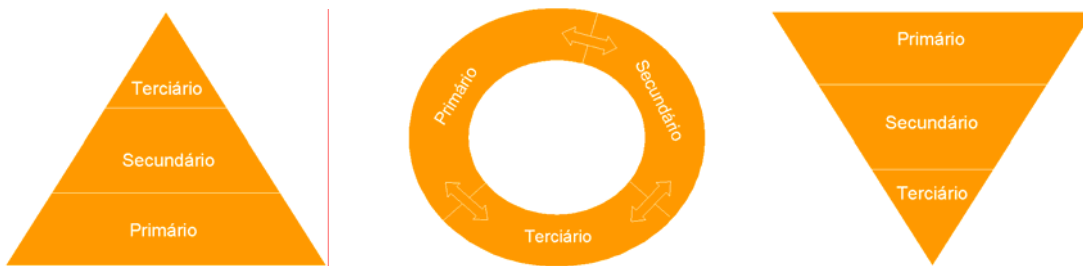


Figura 1- Possíveis representações gráficas dos três níveis do sistema de saúde.

A discussão sobre a melhor forma de representação gráfica não pode ser entendida como a simples escolha de um “logotipo”, mas como relativa a um símbolo que representa o próprio entendimento que se tem das complexidades, das necessidades e relações no campo de atuação da saúde. Isso é importante, pois uma imagem carrega em si um conjunto de conceitos e associações construídas histórica e socialmente. O peso formativo e informativo de uma imagem pode ser facilmente visualizado em símbolos extremos como a foice e martelo comunista ou na suástica nazista.

As premissas do relatório Flexner desencadearam uma opção pelo modelo de formação e assistência médica especializada, mecanicista¹⁷, tecnicista focada no individual, o que, associado à episteme científico-industrial contemporânea, fez com que o conceito de complexidade se imiscuísse ao conceito de engenharia biomédica.

“Complexidade” e “tecnologia” passaram a ser entendidos como sinônimos no senso comum, e na área da saúde em particular. Assim sendo, o manejo de aparatos tecnológicos tornou-se o parâmetro de competência para lidar com a complexidade. A capacidade dessas tecnologias em fornecer dados objetivos reforçou essa percepção num ambiente científico altamente positivista. A associação competência (autoridade), complexidade e valor foi portanto naturalizada em conformidade com o afunilamento

¹⁷ Brilhantemente conceituada por TESSER et al (1998, p. 9) como “o corpo humano visto como uma máquina, animada pela alma”.

especializado da assistência. Exemplo disso ocorre várias vezes na fala médica, indiretamente na forma de desvalorização de encaminhamentos.

Tem que ter um filtro para não chegar bobagem para cá. (médico 3^{ário})

Mas, nem toda dor abdominal não é nada, não é? Tenho úlcera, gastrite, coisas interessantes... (médico 2^{ário})

Não é trabalhoso contrapor-se a essa lógica. Entre uma adolescente em surto psicótico, com história de drogadição, violência doméstica, abuso sexual e desemprego familiar e outra criança atendida em setor terciário por alguma patologia, por exemplo, leucemia, não há como julgar qual o caso mais complexo.

Apesar da possibilidade de ser pesada qual a situação com maior gravidade individual naquele momento, é certo que apenas no caso do atendimento terciário sabe-se com relativa nitidez qual a melhor conduta e tecnologia necessária para o tratamento. Ambas necessitarão de assistência complexa – “difícil”, sendo que a primeira será de grande responsabilidade da AB, onde terá que ser desenvolvido um plano de tratamento individualizado e abrangente, baseado nos conhecimentos particulares do médico e da equipe. Mas, não é de se esperar essa percepção dentro de uma educação médica eminentemente hospitalar e organicista.

Veja, dentro da própria *Universidade* nós temos um ambulatório da *especialidade*. Mas, é para atender casos difíceis, casos terciários. (médico 3^{ário})

Mário Testa lembra que quando se fala nas tecnologias do antigo Egito, seja na construção de pirâmides, seja na utilização das vazantes do rio Nilo, está se falando em conhecimentos teóricos específicos e processos de trabalho antes de qualquer coisa.

Do ponto de vista técnico, a tecnologia consiste na organização do complexo de recursos destinados ao cumprimento de uma determinada tarefa, não apenas da

maquinaria do instrumento, mas do ordenamento recebido pelos diversos instrumentos de trabalho, para o processamento do material do trabalho. Neste ordenamento, a própria forma de organização é parte da tecnologia, precisamente a parte que lhe dá significação social... Quando se fala em tecnologia, se fala em processo de trabalho (TESTA, 1992, p.170).

MERHY et al (1997), trabalha sob a perspectiva das diferentes necessidades de incorporação tecnológica e ferramentas necessárias para cada momento de intervenção em saúde. A tecnologia, nesse raciocínio, não necessariamente é vista positivamente. Para esse intento, oferece uma alternativa em designar o maquinário (trabalho morto), bem como as ações mecanizadas como tecnologias duras; as abordagens humanas e de relações como tecnologias leves e o saber estruturado um misto: as tecnologias leve-duras. Uma das grandes implicações dessa teorização versa sobre a propalada escassez dos recursos, uma vez que as tecnologias leves nunca seriam ferramentas sujeitas ao esgotamento.

Do ponto de vista estrito do processo saúde-doença, a idéia da utilização na prática médica rotineira de investigações baseadas em aparatos tecnológicos e conhecimentos especializados soa atraente. Algo como: se o diagnóstico e cura estão nas especialidades, por que não ir direto ao que interessa? Se a solução para os casos ‘complexos’ estão no hospital terciário, e o caso do ‘meu’ filho é sempre ‘difícil’, para lá quero ir.

As circunstâncias tornam-se mais dramáticas nas questões de investigação e triagem. “Os exames” – assim, metafórica e desinteressadamente – prometem cada vez mais achar qualquer erro mecânico na sua máquina, por mais escondidos que estejam,

sejam eles tão pequenos quanto um vírus. Mais uma vez, quanto mais moderno¹⁸ e complexo, melhor. Assim, é comum que a escolha do especialista, ou a opção pelo pronto-socorro, acabe se dando em busca daquele exame subsidiário que se imagina necessário de antemão, cujo acesso seria facilitado nestes serviços (MURAHOVSKI¹⁹). Daí também terem se tornado corriqueiras situações em que, por um episódio febril, os pais busquem auxílio médico e, antes mesmo da avaliação, solicitem uma “chapa do pulmão”.

Mais recentemente, os afortunados conquistaram o privilégio de se auto-indicar ou presentear um ente com uma tomografia preventiva de corpo inteiro (SMITH, 2003; DIXON, 2004). Em sintonia com a apropriação industrial do discurso científico, criou-se, no seio da sociedade, a exigência de um “*check-up*” periódico (OBOLER et al, 2002), sobejamente representado em nosso meio por um dos motivos rotineiros de procura por consulta médica ambulatorial: um “*check-up* completo” ou, mais popularmente, “um exame de sangue para mostrar tudo!”.

Nada mais significativo do que o exemplo dado pelo prestigioso dicionário Houaiss na definição de “saúde” (SAÚDE, 2002): “o *check-up* comprovou que tem saúde Perfeita”. Este fato é reforçado individualmente pela quantidade de medidas preventivas sugeridas pela medicina preventiva. Para se ter uma idéia, YARNALL et al (2003) concluíram que, nos EUA, seriam necessárias 7,4 horas de um dia comum de

¹⁸ Segundo aforismo citado pelo prof. João Wanderlei Geraldi (IEL - Unicamp) em suas aulas: na sociedade científico industrial, “nada mais antigo do que o jornal de ontem”.

¹⁹ Documento não datado.

atendimento primário para cumprir todas as recomendações da força tarefa em serviços preventivos para cada paciente.²⁰

Como é compreendida a complexidade na saúde pela população, técnicos ou políticos é relevante do ponto de vista das decisões, e do aceite popular dessas decisões, por exemplo, quanto ao sistema de saúde permitir ou não que o próprio usuário decida individualmente sobre o uso das tecnologias disponíveis, o que inclui acesso direto as especialidades.

Cabe ao médico da AB ter idéia clara de que a complexidade especializada está mais próxima da iatrogenia ativa, por intervenções, interações e procedimentos lesivos. Mas, que também a complexidade primária erra, pela passividade, pela omissão, pela falta da assistência e, principalmente pela palavra como será proposto a diante. Em nosso meio, a iatrogenia ativa é mais bem aceita de maneira geral, como escreve STARFIELD (1998, p.124)”:“A tendência dos médicos em preferirem aceitar um diagnóstico exagerado a um diagnóstico fraco é altamente compatível com os incentivos econômicos para o uso da tecnologia cada vez mais sofisticada e cara”.

Baseado nestas avaliações, deverá ser do médico da AB, a responsabilidade de atuar como um advogado do paciente frente ao sistema, fornecendo um atendimento abrangente, contínuo e coordenado, e garantindo que lhe seja fornecido uma assistência com as tecnologias apropriadas.

²⁰ O US Preventive Services Task Force nos EUA <<http://www.ahcpr.gov/clinic/uspstfix.htm>>, e o Canadian Task Force on Preventive Health Care, no Canadá <<http://www.ctfphc.org/>>, são uma coletânea de revisões sistemáticas em tópicos da AB com orientações embasadas por evidências, escritas por um conjunto de *experts* de vários níveis do sistema de saúde.

“O todo somente pode ser conhecido através do conhecimento das partes e as partes somente podem ser conhecidas através do conhecimento do todo. Essas duas verdades são porém parciais. Para alcançar a verdade total, é necessário reconhecer o movimento do todo e das partes, através do processo de totalização.” (Milton Santos)²¹.

v. Avaliando a Atenção Básica

Neste momento faz-se necessária a dissecação de algumas partes do todo. Um todo este que existe no real, exatamente como uma totalidade, do qual a própria discussão da saúde já seria fragmentária. Todo que somente pode ser destrinchado teoricamente sob a ótica de recortes momentâneos de realidades, em relação às várias outras partes menores ou maiores constituintes.

Qualquer “todo” pode sempre ser considerado como uma parte constituinte de um sistema maior indefinidamente. Não é assim na medicina com o corpo humano? Busca-se hoje reverter o olhar especializado do coração, dos rins, do fígado, para o todo, qual seja o ser humano na integralidade do corpo vivente. Mas essa vida e esse corpo não deixam de ser parte de um “organismo social” maior, que permite ainda vários recortes. Com a estratégia da saúde da família, por exemplo, se entende que a integralidade – o todo – da pessoa somente pode ser obtida nesse contexto, mesmo sem entrar no mérito do tipo e tamanho de família considerada. A direção oposta obedece à mesma lógica. Durante um transplante de coração, não deve ser o sistema

²¹ MILTON SANTOS. **O espaço e a noção de totalidade**. In: A natureza do espaço: Espaço e Tempo: Razão e emoção. 3ª Ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

cardiovascular, naquele momento, o principal recorte de totalidade? Integralidade esta, naquele limitado instante, constituída por vários segmentos infinitesimais, como o sistema renina-angiotensina, e indeterminadamente em direção às partículas atômicas. Tudo considerado apenas dentro dos limites biológicos do conhecimento e denominações científicas, pois as esferas ideológicas, religiosas ou metafísicas complicariam por demais a questão.

Pois com este trabalho não é diferente. Para o entendimento de um sistema de saúde são necessárias várias opções de recorte, sejam instantâneos, transversais, longitudinais, materialistas, naturalistas, econômicos, ideológicos, sociais. Para daí novamente fazer tentativas de integração em novos recortes do todo. Numa abordagem de sistemas, o Instituto de Medicina dos EUA ilustra a questão com o ventilador e o termostato. Ambos podem ser considerados na totalidade dos sistemas com suas funções independentes estabelecidas. Mas um terceiro sistema formado pelos dois agiria mais eficientemente para o propósito momentâneo de climatizar um ambiente (INSTITUTE OF MEDICINE, 2000).

Uma vez feita a opção pelo tratamento de “sistemas”, incorre-se num importante viés funcionalista. Mas, isso não deve ser encarado como um grande problema desde que não a tome de modo asséptico ou se perca de vista as outras dimensões do debate, como a dificuldade de aprofundamento nos determinantes sociais da saúde através desta opção. Baseado nestes pressupostos, fez-se aqui a opção de abordar a integralidade do sistema de saúde (e não é a integralidade um conceito de sistemas por excelência?), e em alguns momentos a integralidade da APS, levando-se em conta cada uma das

principais funções que desempenha, dentro de alguns conceitos validados internacionalmente.

Na década de 70 foram propostos quatro elementos essenciais ao sistema primário: primeiro contato, integração dos serviços (ou coordenação), continuidade e foco familiar (ALPERT et al, 2004). Posterior, STARFIELD (1998) substituiu o conceito de foco familiar por abrangência – que, de certo modo, incluiria a abordagem familiar – advogando que seriam essas quatro as características exclusivas da AB. A mensuração dessas características poderia ser utilizada como medida da participação da AB dentro de um sistema de saúde (STARFIELD, 1994a; STARFIELD e SHI, 2002). A seguir, uma breve revisão sobre esses conceitos.

V.1. A Importância da Porta de Entrada

O primeiro contato, ou porta de entrada, está intimamente ligado à questão da acessibilidade e acesso. Propõe-se que o primeiro conceito lide com questões de superação das barreiras físicas, geográficas, financeiras etc, que possam dificultar a chegada ao serviço; e acesso lide especificamente com a utilização dos recursos oferecidos pelo sistema (STARFIELD, 1998). Essa conceituação, entretanto, não é unanimidade. Uma discussão sobre estes conceitos pode ser encontrada em LORA (2004).

A porta de entrada esperada na AB é aquela acessível ao paciente e que permita trazer qualquer problema relacionado à sua saúde, de forma a ser orientado sobre as maneiras de resolvê-lo, independente das características pessoais com idade, sexo, religião etc.

Vários países adotam a posição de manter a AB como porta de entrada exclusiva do sistema de saúde, em oposição à possibilidade de auto-referenciamento para as especialidades. Países historicamente reticentes a essa abordagem têm capitulado como é o caso da França, que recentemente tomou a decisão de exigir que o atendimento especializado somente ocorra após o atendimento no nível primário, como forma de racionalização do seu sistema de saúde (SPURGEON, 2004). De qualquer modo, o acesso aos serviços de saúde tem sido fonte de insatisfação mesmo em países com sistemas estruturados (DONELAN et al, 1999, BLENDON et al, 2003). Nos EUA, há uma preocupação mais focada nas barreiras econômicas, espelhada pelos 40 milhões de pessoas não seguradas nesse país (BROWN, 2003). Em outros lugares, o acesso às especialidades é o motivo de insatisfação mais prevalente. Mesmo num sistema organizado como o canadense, 46% das pessoas acham que conseguir uma consulta especializada é muito ou extremamente difícil (DONELAN et al, 1999).

A aceitação dessa estratégia está na dependência da forma com que ela é encarada pelos usuários. Nos anos 90, foi instituída nos EUA, pelos seguros de saúde e congêneres, a figura médica do *gatekeeper*²². Esse médico, nos moldes da AB, seria o responsável pelo primeiro contato, continuidade e coordenação da assistência especializada. Naquele contexto de sistema privado com fins lucrativos, esta figura foi amplamente percebida como uma barreira, um controle predominantemente financeiro do acesso aos tratamentos e exames complementares especializados, gerando complicações e queixas de várias ordens (HALM et al, 1997, GRUMBACH et al, 1999;

²² No Brasil, em analogia aos EUA, a medicina de grupo aventou a possibilidade de incorporar o médico “porteiro”, numa daquelas grandes infelicidades de tradução. Talvez, pela própria inconveniência da palavra, o debate ficou enfraquecido e se perdeu. O Conselho Federal e Estadual de Medicina comentam: <http://www.portalmedico.org.br/JORNAL/Jornais2001/agosto/pag_2.htm>. Acesso em 31 jul. 2004. <<http://www.cremesp.org.br/crmonline/jornalcrm/169/editorial0901.htm>>. Acesso em 31 jul. 2004.

BODENHEIMER et al, 1999), e com repercussão na grande imprensa leiga (NEW YORK TIMES..., 2001). Por outro lado, a contenção de custos devida a barreira representada pelo *gatekeeper* nos EUA tem sido questionada, com alguns trabalhos inclusive implicando-o com o aumento na quantidade de referências para especialidades (FORREST, 1999b).

Não é difícil notar a existência de um grande conflito de interesses quando a baixa qualidade da assistência – por exemplo, dificuldades de acesso às especialidades – se reflete em maiores ganhos financeiros para as empresas de assistência à saúde (KASSIRER, 1994; MULLAN, 1998). Apesar da visão pejorativa do *gatekeeper*, foi mostrado, nos EUA, que os usuários valorizavam a importância de um médico da atenção primária integrando o conjunto de cuidados e se envolvendo no processo de decisão sobre a necessidade de assistência especializada (GRUMBACH et al, 1999). Mais de 90% dos pacientes de três grandes planos de saúde que facultavam o acesso através do *gatekeeper* ou acesso direto à especialidade, não usavam este último recurso (FORREST et al, 2001)

Como regra, outros países não identificam primariamente a associação desse mecanismo como política essencialmente econômica. Na Dinamarca, onde há a possibilidade de escolha entre um sistema gratuito baseado na atenção básica, ou no pagamento de uma pequena taxa para se ter acesso especializado diretamente, apenas 3% da população opta pela segunda opção (STARFIELD, 1998). O sistema de saúde desse país, fortemente voltado para a atenção primária provida por *GP* (general practitioner), apresenta o mais alto grau de satisfação entre 15 nações da União Européia (MOSSIALOS, 1997).

Uma avaliação com 2734 usuários de um serviço israelense de assistência primária e secundária encontrou opiniões divididas. Cerca de metade (48%) preferiam ser referenciados pela atenção básica, principalmente aqueles com mais de 45 anos, que tinham médicos especializados em medicina de família ou que estavam satisfeitos com seu médico de atenção primária. Entre os que demonstraram preferência pelo acesso direto às especialidades, figuravam pessoas com menos de 45 anos; com maior escolaridade; moradores de Jerusalém; os insatisfeitos com seu médico primário ou caso este não fosse titulado (TABENKIN et al, 1998).

CECÍLIO (1997) advoga múltiplas possibilidades de porta de entrada, em qualquer nível e a qualquer momento: “O CS é uma boa entrada para o sistema, assim como também o são os PS hospitalares, as unidades especializadas de pronto-atendimento e tantos outros serviços. A escola... assim como a farmácia, a creche, o quartel e qualquer outro equipamento social”. Dentro dessa visão, qualquer instância seria responsável pelo encaminhamento do paciente para o “espaço tecnológico adequado dentro do sistema”. TESTA (1992), por outro lado, em concordância com o sentido deste trabalho, sustenta a necessidade de uma AB de alta qualidade como porta de entrada, responsável pela reorientação dos demais níveis, de forma a permitir um sentido regular na circulação dos pacientes e informações. Para tanto, há a exigência de um sistema regionalizado e “um comportamento social que obedeça, mais ou menos disciplinadamente, as normas de ingresso e circulação”, pois mesmo que o rumo de circulação possa ser corrigido em outro momento, “a má orientação é um custo adicional que toma dimensões vultosas” (TESTA, 1992, p.161). A definição de uma porta de entrada principal tem implicações profundas na capacidade de integralização do sistema de saúde e do cuidado. De acordo com esse, a ausência de regras definidas de

circulação pode facilitar o favorecimento daqueles que gozam de algum tipo de situação privilegiada em relação ao local ou aos profissionais daquele segmento.

A variedade de portas de entrada nos sistemas de saúde dos EUA é reconhecida pela Academia Americana de Pediatria como um complicador do cuidado integral da criança (AAP, 1999). Nessa situação, características integralizadoras exercidas pela AB como abrangência, continuidade e coordenação do cuidado tornam-se de difícil operacionalização, e perdem muito do seu sentido (STARFIELD, 1998) – urgências e emergências devem ser entendidas como situações especiais onde se espera que no futuro o paciente seja referenciado à AB para integração e ordenação do fluxo do cuidado.

Em Campinas, o sistema municipal de saúde tem se preocupado particularmente com a forma com que o primeiro contato se estabelece na rede pública, embora esse termo não seja trabalhado localmente. Foi introduzido o conceito de “acolhimento”, que se baseia num princípio simples – característica das práticas eficazes – de disponibilidade para a escuta das necessidades do usuário. Essa escuta qualificada permitiria identificar e facilitar o encaminhamento das necessidades apresentadas, sempre dentro das perspectivas de solidariedade e cidadania (SMS – Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, 2001).

Ao contrário do indicador internacional “primeiro contato”, que está principalmente relacionado ao atendimento médico, todos os trabalhadores estão diretamente envolvidos no processo de acolhimento o que por si só já significaria uma atitude em saúde. Sem contar ainda com algum estudo mais sistematizado, pode ser percebido que há uma multiplicidade na interpretação dessa proposição, ora entendida

como um procedimento formal, ora como sinônimo de pronto atendimento médico, em substituição à antigos termos como “encaixe” ou “eventuais”.

A simplicidade desse conceito deve, todavia, levar em consideração uma complexidade profundamente arraigada à necessidade da percepção da integralidade do “outro”, o que será discutido adiante.

V.2. Abrangência

Abrangência diz respeito à percepção das necessidades de saúde da comunidade relativa à área de atuação da equipe de APS, e a partir de então disponibilizar recursos para resolvê-los, em oposição ao fornecimento de serviços padronizados (STARFIELD, 1998) como “cestas básicas” da saúde.

A proposta do SUS contempla essa discussão de modo mais moderno e aprofundado do que a maioria dos sistemas internacionais em evidência, haja vista a diretriz de participação deliberativa e paritária dos conselhos de saúde em todas as esferas de gestão. Nesse contexto, Carmem UNGLERT²³ propôs um estudo social, histórico e geográfico da área de abrangência como parâmetro para a atuação da equipe de saúde, sob a denominação de “territorialização”.

No nível individual, abrangência concerne à capacidade com que o profissional percebe outras necessidades de saúde além da queixa principal com que o usuário se apresentou (HOLMES et al, 1984). Assim, uma criança que foi atendida por ocasião de um ferimento, poderia sair do atendimento com diagnóstico presuntivo de desnutrição, baixo rendimento escolar ou outros que não tenham relação com a queixa inicial. A

²³ UNGLERT, C.V.S. Territorialização em Saúde. São Paulo, 1995. (Tese - Livre docência – Universidade de São Paulo). *apud*: LORA, 2004.

capacidade do generalista em trabalhar em múltiplos ambientes é outro indicador utilizado para avaliação da abrangência. Preocupado com a qualidade e planejamento da assistência, o sistema de saúde canadense tem observado com apreensão um declínio na abrangência (CHAN, 2002).

“*Comprehensiveness*” tem sido traduzido para o português ora como “abrangência” (WONCA, 2002; STARFIELD, 1998 - tradução, p.46) ora como “integralidade” (STARFIELD, 1998 - tradução, p.47). Há ainda a possibilidade de traduzi-la como “compreensibilidade” (COMPREENSIBILIDADE, 2002). A opção pelo termo “abrangência” parece ser a mais apropriada e menos sujeita a confusões quanto ao debate em relação à “integralidade” como diretriz doutrinária do SUS, com significados próprios e extensa literatura nacional.

V.3. Continuidade

O conceito de continuidade do cuidado pode ser entendido de várias formas. Em geral, como a assistência praticada por um mesmo médico ao longo do tempo. Ela pode ser relacionada também ao mesmo local de atendimento, a mesma equipe ou ao próprio fluxo das informações entre os serviços. Cada um desses enfoques trás consigo especificidades, com diferenças significativas entre eles. Em qualquer dos casos, o prontuário desempenha papel fundamental (STARFIELD et al, 1977).

Foi proposto que o termo longitudinalidade expressaria mais adequadamente o acompanhamento pessoal ao longo do tempo, sem a necessidade estrita da continuidade (STARFIELD, 1980). FREEMAN e HJORTDAHL (1997) vão além. Sugerem que a longitudinalidade não implica em empatia, responsabilização e qualidade do cuidado, cunhando a expressão continuidade personalizada, que estaria vinculada inclusive à

possibilidade de escolha do médico pelo paciente, em contraste a suposição de que a continuidade por um médico seja, em si, o melhor caminho. É também comum o termo “horizontalidade”, apesar de não ter sido possível encontrá-la como descritor nos principais bancos de dados em português como Bireme e Scielo²⁴. A relação continuada faz parte da assistência especializada, mas, em grande parte, é mais centrada no problema, especialmente na medida em que se afunila a especialidade, enquanto que a AB exerceria uma continuidade focada na pessoa, independente do tipo de problema que se apresenta. Não há aqui qualquer inferência quanto à qualidade do envolvimento afetivo desenvolvido nos diversos níveis do cuidado.

A continuidade do cuidado tem sido considerada como o componente mais essencial da atenção básica. Em estudo com adultos e crianças, a obtenção da continuidade está relacionada com maior atenção preventiva (FLOCKE et al, 1998;) satisfação dos pacientes (HJORDAHL e LAERUM, 1992; SAFRAN et al, 1998), melhores níveis de cuidado (PARCHMAN et al, 2002), maior aderência (SAFRAN et al, 1998; PARCHMAN et al, 2002) e melhor coordenação do cuidado (STARFIELD et al, 1977; CHRISTAKIS et al, 2003; AAP, 2002). BRESLAU (1982) pontua sua importância especialmente para aquelas crianças com patologias sérias ou crônicas. Para o médico, a personalização do acompanhamento é vista com mais satisfação do que o atendimento eventual a qualquer paciente (GROL et al, 1985; GORLIN, 1983; FREEMAN e HJORTDAHL, 1997), sendo que essa horizontalidade do relacionamento propicia a diminuição das disparidades na relação médico-paciente, especialmente com minorias (SHI et al, 2003)

²⁴ Um artigo usava o termo no texto, mas noutro sentido, o de quebras de hierarquia numa equipe de saúde. (acesso em 10 set. 2004)

Há grandes benefícios em se manter o acompanhamento com um mesmo médico. Essa continuidade personalizada é base do atendimento preconizado pela Academia Americana de Pediatria (AAP, 2002). Esse tipo de relação permite maior conhecimento pessoal e de contexto de uma enfermidade (STEINWACHS e YAFFE, 1978; STARFIELD, 1998), diminui futuras internações (GILL e MAINOUS, 1998; MAINOUS e GILL, 1998) e é mais valorizada pelo paciente (LAMBREW et al, 1996; GRUMBACH et al, 1999). Muito embora diferenças de conceituação, principalmente sobre satisfação dos pacientes, não tenham permitido uma meta-análise, recentemente uma revisão sistemática concluiu por uma relação consistente e significativa entre continuidade do cuidado e satisfação dos pacientes (SAULTZ e ALBEDAIWI, 2004).

O atendimento em equipe não é considerado do mesmo modo que a assistência personalizada em um médico, sendo que a maioria prefere esta individualização ao acesso imediato a qualquer médico ou flexibilidade de agendamento (SAFRAN et al, 2000; SAFRAN, 2003), entretanto pode não ser o suficiente frente a agendamentos demorados (FREEMAN e RICHARDS, 1993).

A percepção de que o médico conhece pessoalmente o usuário está associada a melhor contextualização, mais fácil entendimento das explicações médicas e maior aderência aos tratamentos (ETTLINGER e FREEMAN, 1981; HJORDAHL e LAERUM, 1992; SAFRAN et al, 1998; SAFRAN, 2003). Em adultos, um estudo mostrou que a continuidade é a terceira prioridade entre 711 pacientes ingleses, quando confrontados com 20 opções – atrás de um médico bom ouvinte e que delimite seus problemas (SMITH e ARMSTRONG, 1989). Na assistência à criança, os pais tendem a considerar o atendimento médico contínuo como de maior qualidade (CHRISTAKIS et al, 2002); além de permitir melhor

coordenação do cuidado (CHRISTAKIS et al, 2003). LIEU et al (1994), acharam uma taxa de imunização mais atualizada entre crianças que eram atendidas pelo mesmo médico. É também conhecido seu impacto na diminuição da frequência de uso dos serviços de emergência (CHRISTAKIS et al, 2001; BROSSEAU et al, 2004).

Continuidade relacionada à equipe apresenta uma vantagem potencial de maior acesso, atenção ao primeiro contato e abrangência, por envolver um maior número de pessoas. Por outro lado, requer maior esforço de coordenação (STARFIELD, 1998). Uma fonte regular de atendimento relaciona-se com vários dos fatores já descritos, como aderência e satisfação dos pacientes e profissionais (STARFIELD et al, 1977).

Se a AB internacional guardar semelhanças ao ponto de permitir o estabelecimento de analogias generalizantes, isto é, suprimindo as particularidades de cada sistema, os benefícios relatados na continuidade com a equipe seriam particularmente importantes na saúde pública brasileira, dada a alta rotatividade de médicos e funcionários em alguns setores. Zonas periféricas e carentes apresentam grandes dificuldades em fixar profissionais da saúde, e são justamente essas áreas que potencialmente mais se beneficiariam da continuidade dos serviços, já que ali se concentram as crianças com maiores riscos à saúde. Dessa forma, poderia ser pensada uma estratégia de melhoria dos primeiros cuidados, pelo fortalecimento da longitudinalidade com o próprio serviço ou equipe. Em Campinas, AMARAL (1997) mostrou que a atenção básica não conseguiu efetivar a continuidade do cuidado em saúde mental necessária ao processo de desospitalização psiquiátrica.

Nos EUA, a continuidade com os serviços de saúde, e não com o mesmo médico, é maior nos centros comunitários, particularmente utilizado pelas minorias

(FORREST e WHELAN, 2000). Contudo, a continuidade relacionada ao serviço não parece ser exceção ou estar ligada apenas aos serviços periféricos mais carentes. Estudando usuários australianos adultos, encontrou-se que somente cerca da metade mantinha acompanhamento com o mesmo médico (STURMBERG, 2002). Nos EUA, 98% das crianças são atendidas regularmente no mesmo serviço, porém metade mantém continuidade com um médico no atendimento privado, 37% no serviço público e apenas 28% nos casos em que a criança não possui seguro de saúde (INKELAS et al, 2004). Esses autores não acharam ligação de baixos níveis de continuidade com um médico em relação a ausência de fonte regular de atendimento ou uso regular pronto-socorro. STURMBERG (2002), também não encontrou nexos entre idade, morbidade e número de consultas entre pacientes adultos que desejavam acompanhar com apenas um assistente.

Apesar das vantagens, o acompanhamento personalizado parece aumentar o volume de trabalho do médico com seus pacientes. Num seguimento de dois anos e amostragem representativa de 40.000 consultas, pacientes em continuidade pessoal apresentaram o dobro da média de visitas (14 x 7) e mais que o dobro de queixas (18 x 8) (STURMBERG, 2002). Em relação à carga de trabalho, a literatura apresenta dados conflitantes quando é o local a fonte regular de cuidado, sendo que podem estar envolvidas diferenças entre metodologias retrospectivas e prospectivas nos estudos que se dedicaram a esse tema (STARFIELD, 1998).

V.4. Coordenação

O conceito de continuidade e coordenação não apresentam limites precisos e, às vezes, se confundem. A tentativa de desvincular a medida de ambas as características, mesmo quando a continuidade é realizada por um médico, pode não ser o suficiente

para a medida de impacto de intervenções (FLETCHER et al, 1984). Esses conceitos, em conjunto têm sido vinculados à própria integralidade do cuidado (FLETCHER et al, 1984; STARFIELD, 1998; MENESES, 1998).

A coordenação do cuidado já foi comparada à regência de uma orquestra, onde o regente, apesar de não ser um virtuose em qualquer instrumento, é o responsável pela integração de músicos experientes que partilham o objetivo comum de tocarem a mesma harmonia (BODENHEIMER et al, 1999). Se cada músico imprimisse suas habilidades de maneira independente, o conjunto ficaria prejudicado, de forma que a simples soma dos talentos não seria suficiente para gerar uma melodia harmoniosa. CAMPOS (1998) com certeza teria algumas considerações antes de aceitar tal exemplo, pois faria lembrá-lo que a “orquestra sinfônica é a expressão ideal da racionalidade gerencial hegemônica. Ordem e Harmonia. Ordem, Harmonia e produtividade”, um contra-senso à integralidade ao ser transportado para um modelo taylorista de administração. Em outra imagem, o médico da APS exerceria uma função como um advogado do paciente frente ao sistema (TABENKIN et al, 1998; WONCA, 2002; AAP, 2002; CFPC – The College of Family Physicians of Canada, 2004 a).

A Academia Americana de Pediatria, preocupada com o atendimento irregular da criança e do adolescente em serviços descontínuos nos EUA, como em pronto-socorro e pronto-atendimento (*walk-in clinics*), estabeleceu em 1992 uma política de assistência pediátrica integral denominada “*Medical Home*”, focada fundamentalmente na coordenação do cuidado (AAP, 1999). Em 2002 essa política foi reafirmada através de uma nova conceituação ampliada com o objetivo de esclarecer mais claramente essa idéia. As características fundamentais da assistência primária pediátrica foram então

estabelecidas em termos de uma parceria médico-paciente de qualidade, acessibilidade, continuidade, coordenação, abrangência, foco familiar, consideração cultural e compaixão ao paciente (AAP, 2002).

O projeto “*Medical Home*” apresentou uma definição bastante ampla das responsabilidades que envolvem a coordenação da assistência pediátrica. Integram esse conceito a definição de um plano de cuidado em parceria com o paciente e sua família, a integração da assistência de múltiplos atendimentos, a organização de um prontuário completo e atualizado e o compartilhamento das informações com o paciente e família. Nos processos de referência às especialidades, o coordenador do cuidado deve se empenhar no auxílio comunicacional nos dois sentidos e na interpretação das informações geradas. Por outro lado, também devem fazer parte de suas atribuições a relação da assistência médica com grupos de apoio e a coordenação com o plano educacional ou outra atividade comunitária pertinente (AAP, 1999; AAP, 2002), deixando patente a importância da coordenação para a efetividade das outras características da AB.

Em sistemas de saúde pautados pela coordenação do cuidado por um médico da AB, a utilização dos recursos especializados é mais adequada (GRUMBACH e FRY, 1993), e a um custo mais baixo do que aqueles onde o acesso direto ao especialista é permitido (STARFIELD, 1998).

A necessidade de tecnologias de informação, assim como a qualidade da coordenação é variável de acordo com o tipo de cuidado que se deseja estabelecer. Aconselhamentos necessitam apenas de uma contra-referência com um resumo recomendações ou de um contato telefônico simples. Encaminhamentos de casos que

serão compartilhados em por um período mais prolongado carecem de uma coordenação muito maior, para que a falta de informações não comprometa o acompanhamento do paciente. Como, por vários motivos, há necessidade de atendimento por médicos diferentes, a qualidade das anotações no prontuário é um fator importante (STARFIELD et al, 1977).

V.5. O Processo Comunicacional e o Referenciamento

Nem todos os problemas podem ser resolvidos na AB. Em outras palavras, será necessário recorrer a outros níveis de cuidado em boa parte dos tratamentos com diagnóstico precisos. Isso se dará por referenciamento, uso do Pronto Socorro ou pelo auto-referenciamento para especialidade. No Brasil, o SUS contempla uma estrutura hierarquizada que sempre tem a AB como porta do sistema, mas o auto-referenciamento é a regra na saúde complementar.

Não raro, uma consulta informal é realizada entre os níveis, sem a necessidade de se encaminhar o paciente (KUO et al, 1998). Em questionários respondidos por 413 generalistas e especialistas através do correio (taxa de resposta de 76,8%), esses autores encontraram que cerca de 30% dos médicos da AB haviam realizado consulta informal na semana anterior. Ainda, que os especialistas viam essa prática como essencial para manter um bom relacionamento com os colegas, apesar de acharem, ao contrário daqueles, que as informações prestadas são insuficientes. COVEL et al (1985) mostraram que esse contato informal não seria exceção, principalmente para as áreas comportamentais. Ao estudarem uma prática clínica ambulatorial, mostraram que 50% das informações eram provenientes destes contatos informais entre colegas, 26% de

notas pessoais e 12% de material de laboratório. Um estudo observacional inglês sustenta a hipótese da valoração destas interconsultas pessoais em ambiente hospitalar (COIERA e TOMBS, 1998).

Embora esse tipo de atitude seja responsável por grande número de interrupções nas atividades a ponto de comprometer a própria eficiência do serviço, o receio da perda de oportunidade, a dificuldade de agendamento desse tipo de conversa, informações que não costumam figurar claramente em livros-textos, segunda opinião, avaliação da necessidade de consulta formal e apreço intelectual do consultado são vistos como seus grandes motivadores (MANIAN e JANSSEN, 1996; COIERA e TOMBS, 1998; KUO et al, 1998). Algumas regras de etiqueta devem ser observadas nesses encontros, como fazer perguntas breves e simples, além de facultar a possibilidade de encaminhamento formal (MANIAN e JANSSEN, 1996).

Em algumas ocasiões a própria especialidade, ou o pronto-socorro, encaminha para outra especialidade sem a comunicação ao nível primário, dificultando a continuidade e coordenação do cuidado pelo médico da APS. Em Campinas essa prática tem se tornado menos comum na maioria dos serviços públicos, apesar de ainda não ser uma exceção.

...Por exemplo, tem paciente que eu examinei aqui na triagem, e vi nódulo na mama. Alguma displasia na mama, e eu encaminhei direto para o médico de mama. Porque eu acho que é da minha competência estar vendo este nódulo. Veio com uma queixa cardiológica, mas está com problema na mama. Isso aí foi bem recebido. O *especialista*, em todos os casos que eu encaminho de mama, fala para mim: eu recebi, já avaliei, já biopsiei, tudo certinho. Agora, o ideal realmente, a gente sabe que é que passe com o clínico. (enfermeira 2^{ário})

Há vários motivos para se referenciar um paciente. Entre eles, o mais comum é o encaminhamento para aconselhamento sobre diagnóstico ou conduta em determinado

caso. Outros motivos incluem dilemas terapêuticos, casos incomuns, falta de domínio da especialidade e por solicitação do próprio paciente (MCPHEE et al, 1984; FORREST et al, 1999a; FORREST et al, 2002a). Por vezes, há a necessidade de um acompanhamento conjunto de patologias crônicas, e em outros casos a referência pode significar transferência definitiva do paciente. De acordo com o intuito do encaminhamento será definido o grau de responsabilidade do especialista sobre o tratamento, o manejo conjunto do paciente, assim como a duração desse envolvimento (FORREST et al, 2002a).

Existe uma consciência intuitiva e prática de que há motivos diferentes para se encaminhar. Porém, a falta de sistematização desse tópico no ensino médico brasileiro dificulta que se visualize de forma mais clara e objetiva os tipos de relacionamento, a qualidade das informações e o tempo de envolvimento que se espera nas relações interprofissionais.

Então, muitas coisas você acaba ficando inseguro e, acaba encaminhando. Porque você não sabe como resolver aquilo. (médico APS)

Existe algumas situações que não adianta, você não vai... a sua relação médico-paciente não vai pra frente. Você não vai conseguir convencer aquela mãe, aquele pai, se um especialista não chegar e falar para ele: não, não tem nada (médico 2^{ário})

Os próprios pacientes, às vezes, chegam aqui e falam: "eu quero ser encaminhado para o especialista". Mesmo que você saiba que você pode tratar daquilo: "não, mas eu quero ir para especialista". Então, existiu esta inversão também, né? A própria escola fez isto, né? (médico APS)

FORREST et al (1999a) mostraram que a referência é evento raro na clínica pediátrica primária dos EUA, com apenas cerca de 2% de encaminhamentos. Dentre esses, 40% buscavam consulta, 35% manejo conjunto e 25% transferência do paciente. Médicos generalistas manejaram 95% das consultas sem referência ao especialista (com uma média de 19,7 atendimentos por dia); dos 5% referenciados, 40% foi em busca de aconselhamento, 37,8% para especialidades que não domina e 13,6% por solicitação do

próprio paciente, numa média de um encaminhamento a cada 40 consultas (FORREST et al, 2002a). Ainda assim, esta taxa de encaminhamentos pediátricos é cerca de duas vezes mais alta que no Reino Unido para especialidades clínicas e três vezes para as cirúrgicas (FORRERST et al, 2003a).

Essa constatação se mantém ao se analisar os encaminhamentos clínicos para pacientes até 64 anos, com cerca de um terço dos pacientes encaminhados anualmente nos EUA pelo médico da atenção primária, enquanto que o médico inglês referencia um em sete pacientes (FORRERST et al, 2002b). Em geral, médicos de família apresentam uma taxa de referenciação em torno de 5% das visitas ambulatoriais em sistemas tão diferenciados como nos EUA, Reino Unido (FORREST et al, 2002a), Finlândia (HAIKIO et al, 1995), Eslovênia (KERSNIK, 2002) e Arábia Saudita (KHATTAB et al, 1999). Acesso direto e maior expectativa dos pacientes pela visita à especialidade, maior disponibilidade de especialistas com menores filas estão entre as tentativas de explicação para essa diferença (FORREST et al, 2003 a, b).

Dados provenientes do SIGAB (Sistema de Informação e Gerenciamento da Atenção Básica) mostram que a rede básica de Campinas se aproxima da média internacional de encaminhamentos (tabelas 1 e 2). Esses dados estão sujeitos a um viés de preenchimento das planilhas de produção, já que estas, na prática, apresentam pouca ou nenhuma influência nas atividades cotidianas da equipe da AB, além de não terem qualquer conexão com ganhos financeiros individuais. Outras possíveis fontes de erros poderiam ser identificadas na digitação das planilhas, perdas, letras ilegíveis, ausência temporária do formulário no serviço etc.

No entanto, os valores relacionados às taxas de encaminhamentos poderiam, em tese, flutuar para mais ou para menos. Para menos, caso os médicos não tenham a preocupação em anotar os encaminhamentos, ou não o façam propositalmente como forma de aumentar artificialmente sua resolubilidade no sistema de dados, mesmo que isso não traga implicações práticas no modelo atual de gestão. Inversamente, existe a possibilidade de que o número de encaminhamentos seja menor, pois geralmente o encaminhamento é realizado dentro do consultório onde se encontra a planilha e, consultas e procedimentos realizados fora do consultório, ou considerados de menor importância estariam mais propensos a deixarem de ser anotados, desequilibrando a relação consulta/ referência para mais.

Tabela 1. Taxa de encaminhamentos das três especialidade da AB no SUS Campinas, a partir de dados do Sistema de Gerenciamento Atenção Básica – SIGAB.

Especialidades Médicas	Número de Atendimentos	referências Urg/Emerg	referências Especialidade	Referências por 100 atendimentos
2002				
MEDICINA INTERNA	147.388	560	10.585	7,56
GENERALISTA	372.169	1.240	26.177	7,37
PEDIATRIA	227.700	1.171	9.248	4,58
Total	747.257	2.971	46.010	
Média				6,50
2003				
MEDICINA INTERNA	125.774	257	8.377	6,86
GENERALISTA	344.572	667	17.298	5,21
PEDIATRIA	211.827	785	7.450	3,89
Total	682.173	1.709	33.125	
Média				5,32
Total 2002/2003	1.429.430	4.680	79.135	
Média 2002/2003				5,91

Fonte: Coordenadoria de Informação e Informática. Secretaria de Saúde de Campinas - SP

Tabela 2. Taxa de encaminhamentos pediátricos por distrito da AB no SUS Campinas, a partir de dados do Sistema de Gerenciamento Atenção Básica – SIGAB.

PEDIATRIA por Distritos	Ref por 100 atendimentos 2002	Ref por 100 atendimentos 2003	Média (2002-2003) encaminhamentos
SUL	4,51	3,77	4,14
SUDOESTE	4,33	2,17	3,25
NOROESTE	3,32	3,93	3,63
LESTE	4,27	5,22	4,75
NORTE	6,94	4,85	5,90

Fonte: Coordenadoria de Informação e Informática. Secretaria de Saúde de Campinas - SP

Assinalada pelos pediatras gerais, essa resolubilidade está longe de ser o sentimento dos especialistas em Campinas. Quando insistido para arriscar a resolubilidade da rede básica municipal, em termos de taxa de encaminhamentos, a resposta invariavelmente ficou abaixo dos 50%.

Ah, eu não sei. Eu não sei mesmo. Eu não saberia te falar... na pediatria, a imensa maioria não precisa encaminhar. É pouco... eu acho... de cem... 20... 15. Eu acho. A gente atende muito. (médico AB)

Eu estava pensando que pelo menos a gente resolvesse uns 70%. Assim, para melhorar... Acho que por semana... se eu atender... 150 consultas, acredito que seja entre 10 e 15%. (médico AB)

Eu acho que, na verdade, o básico tem que suprir pelo menos 50, 60%. Na média, Uns 50% resolve-se... Acho que o primário e secundário tem que resolver noventa%. (médico 2^{ário})

Eu acho que uns 50 %. Uns 20 % [da especialidade].(médico 2^{ário})

...uns 80 % [deveria]. Talvez uns 30 % [resolve-se] (enfermeira 2^{ário})

Talvez nem metade. Acho que sim. Porque eu vejo que chega aqui no pronto-socorro, né? (médico 3^{ário})

Apesar da maioria dos encaminhamentos buscarem uma consulta, seja para confirmar um achado, seja por uma especialidade que não domina (dados não tabulados), há nítido contraste entre a visão dos pares. As especialidades têm a percepção conflitante com as dos pediatras da AB, sobre os encaminhamentos visarem ou não a transferência do paciente.

Minha visão é que sempre as pessoas tinham isso. Não sei se é na pediatria que é um pouco diferente, que é só encaminhamento para retorno, entendeu? Não é uma transferência. Assim, de transferir o paciente para acompanhar lá, e sim alguma avaliação e retornar. (médico APS)

Mas, se você tenta e não consegue, a gente pede uma opinião. De repente, em uma outra relação médico-paciente ela vai funcionar, aquilo que não está funcionando com você. Pode acontecer isto. Mas, mandar só para se ver livre do paciente não (risos). É que, isso é uma coisa que com tempo... acho que você vê até que não adianta num centro de saúde, sabe? (médico APS)

Muitas vezes, os pacientes viram meus pacientes. Então, ele vai acompanhar comigo por causa da especialidade, e muitas vezes não volta lá. ...Quando, percebo que está sem acompanhamento no posto, eu começo a fazer peso, altura. Por que você não vai no posto? “Ah, não gosto do posto. Ah, o médico quis se livrar”. (médico 2ário)

... não, na prática o que ocorre é a transferência. (médico 2ário)

...acho que por ele, ele já mandou embora, melhor! ... Agora, *tal caso*, que a doença é chata, que ninguém gosta, e que, na verdade, assim, atrapalha muito a vida da criança, aí, quanto mais longe estiver do pediatra do posto, o pediatra do posto acha bom. (médico 2ário)

Embora haja uma percepção conflituosa, a pediatria apresenta grande vantagem em relação à clínica adulta quanto à qualidade da referência ou quando questionado diretamente sobre o compromisso da AB com a coordenação do cuidado. Indiretamente, se reflete numa avaliação global bem mais negativa da assistência ao adulto nesses quesitos quando o entrevistado trabalha com os dois grupos. Além disso, o pediatra, mesmo o especialista, mostra uma grande identificação com o papel de coordenador do cuidado da criança.

A gente não tem muita queixa de pediatra em fazer encaminhamento... Quanto mais informação tenha, melhor. E, eu vejo que o que vem do pediatra não vem no primeiro, na página de frente do formulário. Vem tão cheio de informação no verso que... (médico 3ário)

Não, maioria que a gente recebe aqui, eles querem uma avaliação mesmo. Uma avaliação, tratando-se mais assim de criança. Parece que tem uma preocupação maior do pediatra. O que o tenho sentido é isto. Uma preocupação maior do pediatra para mandar a contra-referência. A preocupação do pediatra parece que é maior, bem maior do que o clínico. Os clínicos parecem que querem entregar mesmo. Se der alta, tudo bem, alta. Senão você trata. Agora, o pediatra, a preocupação dele é maior. Ele quer ter a continuidade. Mesmo tendo a patologia, vai continuar a tratando com... vai ser um atendimento conjunto. (médico 2ário)

A taxa de referência entre médicos varia consideravelmente entre médicos num mesmo sistema e entre sistemas diferentes. É sabido que a maior disponibilidade de especialistas em uma região e o menor tempo de espera para esse tipo de consulta apresenta correlação positiva com a taxa de referenciação (ROLAND e MORRIS, 1988; FORREST, 2003a). Vários trabalhos têm tentado avaliar quais os fatores pessoais envolvidos na decisão de se referenciar um paciente, mas falham sistematicamente em encontrar relação entre as variações nas taxas de referência individual com características médicas como idade, sexo, tempo de formação ou mesmo com características dos pacientes (MCPHEE et al, 1984; HAIKIO et al, 1995; FORREST e REID, 2001). Em um estudo foi encontrada uma forte associação dessa taxa com a frequência com que a doença ocorre na clínica (FORREST e REID, 2001). Outro estudo mostrou associação importante com o desejo manifesto do paciente (LITTLE et al, 2004).

SALEM-SCHATZ et al (1994) analisando a prática dos médicos que geravam mais gastos para uma grande operadora de saúde nos EUA, “as maçãs podres”, mostrou-se que três quartos deles deixavam de figurar como grandes encaminhadores ao se ajustar às características dos pacientes. As taxas de referenciação diminuíram 50% após esse ajuste, deixando a impressão, segundo os autores, “de que médicos que dizem que seus pacientes são mais doentes, podem estar corretos”. LOVE et al (2004) concluíram que uma alta taxa de encaminhamento para uma especialidade não apresentava correlação com a taxa global de encaminhamentos de generalistas neozelandeses. Essa taxa também foi relacionada negativamente com a distribuição e concentração de médicos numa região, sugerindo em conjunto, que um planejamento em saúde deva levar em consideração a taxa de utilização global de determinada área, ao invés de se basear em números individuais. O’DONNELL (2000) conclui, numa meta-análise sobre 1076

trabalhos, que há uma grande variação nas taxas de encaminhamento descritas na literatura, mas essa variação continua amplamente inexplicada.

STARFIELD (1994 b) cita que nos EUA quase nenhum livro texto, mesmo em cuidados primários, apresenta capítulos com critérios para referenciar pacientes. A avaliação de alguns dos principais livros textos usados no ensino médico brasileiro mostra situação parecida (SUCUPIRA, 2000; MARCONDES et al, 2003; DUNCAN et al, 2004).

MCPHEE et al (1884) sugerem cinco etapas na realização de um encaminhamento. Primeiro, a decisão de se referenciar (1); depois, a informação do motivo ao médico consultado (2). Em seguida, esse realiza a consulta (3), elabora as recomendações (4) e, por fim, o médico da AB discute com o paciente o tratamento (5). Falhas de comunicação podem ocorrer em qualquer etapa desse processo. Pela experiência deste estudo, poderia ser sugerida uma sexta etapa, intermediária entre a quarta e a quinta: o processo de transferência das recomendações.

Não receber a contra-referência é uma queixa universal em Campinas. Em conformidade com essa impressão, das 105 referências analisadas neste trabalho, retornaram somente 07 (6,7%) contra-referências por escrito. Contudo, houve coordenação do cuidado pelo pediatra da AB em 39% das vezes, com 15 citações, 17 relatos da consulta especializada e um contato telefônico. Coerente com este achado, HUEARA et al (2004) ao estudar os encaminhamentos de 45 pacientes para investigação de câncer cervical em um distrito de Campinas, encontraram apenas duas contra-referências nos prontuários. Foram realizadas anotações sobre o atendimento especializado em 22 pastas, demonstrando, ainda que de modo superficial, uma

coordenação do cuidado pela AB em 49% dos casos. Um caso, em particular, ilustra a necessidade de se trabalhar os conceitos de coordenação e responsabilização com equipe da AB. Uma paciente com suspeita de câncer de colo uterino aguardava há dois anos uma consulta especializada porque seu encaminhamento se encontrava erroneamente na pasta de referências para o planejamento familiar (HUEARA et al, 2004).

Vários motivos concorrem para este descontentamento com o baixo número de respostas, um deles, justamente a transferência física da resposta. A maioria dos serviços especializados tem entregado a contra-referência para o paciente entregá-la em mãos ao médico, de forma que seu envio deixou de ser realizado via malote, resultante de várias reclamações sobre extravios.

Sumidouros das informações geradas não faltam. Em Abril de 2003, num dos CS visitados neste estudo, havia 272 contra-referências de 20 especialidades e 14 fichas obstétricas transferidas deixadas de lado em uma caixa num canto abaixo da recepção. A explicação centrou-se em dificuldades no processo de trabalho devido à falta de pessoal (tabela 3). Em outro CS foi confirmado que todas as contra-referências sem identificação do número do prontuário “iam para o lixo”, de modo que as possibilidades de perda são grandes. De fato, das 272 contra-referências citadas na tabela 3, 134 não apresentavam o número de origem do prontuário. Especificamente o CS visitado não tinha um *índex* de pastas por nome de usuários, o que tornava impraticável a busca do prontuário entre cerca de outros 10.000.

A opção de devolver a contra-referência através do paciente, por sua vez, esbarra no fato dele nem sempre se lembrar de levá-la em consulta. A ausência da resposta do

especialista, em tese – dependente da qualidade da informação, dificulta a coordenação do cuidado e invalida um dos principais mecanismos de educação continuada do médico da AB.

Tabela 3. Distribuição de contra-referências e transferência de fichas obstétricas abandonadas em CS de Campinas. Destacada as cinco principais em volume entre 20 especialidades.²⁵

Ano	Quantidade	Otorrino	Ortopedia	Planejamento Familiar	Ficha Obstétrica	Dermatologia
2000	07	06	0	01	2	0
2001	113	90	0	09	12	01
2002	71	37	04	09	0	08
Sem data	81	03	39	04	0	01
total	272	136	43	23	14	10

A comunicação entre o cuidado primário e especialidades parece ser um problema global. HAIKIO et al (1995), num pequeno estudo na Finlândia, mostraram que raramente o *GP* recebia a contra-referência, mesmo quando havia mudança de diagnóstico ou conduta. Baixos índices de contra-referência são observados mesmo quando se trata de um serviço acadêmico onde a clínica primária e a especialidade localizam-se no mesmo andar de um prédio (MCPHEE et al, 1984). Neste estudo, deixar uma consulta de retorno agendada com o médico consultante, além de contato telefônico prévio, foi a associação mais importantes no retorno da contra-referência.

²⁵ assistência social, cardiologia clínica e pediátrica, cirurgia geral, dermatologia, endocrinologia, fisioterapia, gastroenterologia, homeopatia, mastologia, neurologia clínica e pediátrica, oftalmologia, planejamento familiar, pneumologia, proctologia, psiquiatria, ortopedia, otorrinolaringologia e reumatologia.

São poucos. Assim, que manda por escrito é raro, raríssimo. Muitas vezes, você pergunta para a mãe. Você vê escrito (no prontuário) : "Ah, você já foi?". Mas, pela mãe mesmo. É raríssimo ter uma contra referência, muito raro. (médico APS)

São vários para cada especialidades, e eu não sei... poucos mandam a contra-referência, muito poucos, pouquíssimos. Então, eu acho que isso é uma... é um entrave mesmo. (médico APS)

Ao contrário da impressão, baseado em observações, de que poderia ser imputada certa culpa na falha do processo comunicacional ao formulário de referenciamento utilizado na rede em Campinas, ele foi visto como adequado ou indiferente pelos entrevistados.

Muitas vezes essa falha se dá por descompromisso com a integralidade do cuidado, por falta de tempo durante a consulta, por acharem que o médico da APS não se interessará ou até por vê-lo como um encaminhamento “banal”.

Interesse a gente tem, mas acaba caindo no cotidiano. Aquele negócio, atendendo, atendendo... Então, isso eu vejo pelos colegas, que é uma turma nova. Eles têm interesse em responder. Por ex., o que acontece muitas vezes é que a gente acaba caindo na rotina. (médico 2^{ário})

O colega tem que referenciar a partir do momento que tem uma complexidade que ele não resolveu, certo? Que não é banal, certo? (médico 2^{ário})

Geralmente não, é muito mal feita (contra-referência). A gente dá relatórios. É lógico, quando você vai dar uma alta, freqüentemente você dá. O papel da referência e CR, eu não sei o que acontece com ele, que ele sempre some. O que vem de fora. Provavelmente, ele acaba ficando dentro da pasta e o pessoal acha que não interessa e joga fora. (médico 3^{ário})

Dois possibilidades devem ser especialmente destacadas por compartilhar responsabilidades e expectativas diversas: a referência mal feita (menos flagrante na pediatria)...

Então, eu acho que na maioria das vezes a contra-referência ainda é deixada de lado. Muitas vezes, até rasgada. Arranca e joga fora, não é? Ainda não é bem valorizada. Eu creio que também, se a referência viesse enriquecida, mostrando uma preocupação daquele profissional, uma bela referência bem escrita e solicitando uma resposta, isso também comprometeria o especialista a se envolver com aquela referência. Ele se sentiria realmente constrangido a mandar uma resposta para aquele profissional que está

realmente interessado. Agora, se vem um encaminhamento assim: “paciente refere ser hipertenso”, e só. Poxa, também faltou interesse de lá. Talvez isso leve a uma contra-referência também mal feita, não é? (enfermeira 2^{ário})

...e a visão diferenciada sobre o momento da resposta. O médico da APS espera uma resposta rápida, senão com algo definitivo, pelo menos esclarecimentos quanto ao plano de atenção. A especialidade, a par desta expectativa, planeja fornecer tais considerações, naturalmente, com o fechamento de diagnóstico ou ao final do tratamento.

Às vezes, ele responde só o diagnóstico. E isso, para mim não interessa, pois o diagnóstico, muitas vezes, eu sei. Detalhes do tratamento, de jeito nenhum, muito difícil. A gente tem que pedir para paciente: “Qual foi a receita que o médico deu? O que é que o médico falou?”. (médico APS)

Veja, não adianta dar uma contra-referência na primeira consulta. Se eu conseguir dar a contra-referência na primeira consulta, ou foi bobagem que me encaminharam, ou eu sou muito bom para fazer o diagnóstico sem fazer exames, sem fazer nada. Geralmente a contra-referência você vai dar depois que você já meio que definiu o caso. Frequentemente, nesta hora a gente já não acha mais nem o papel. (médico 3^{ário})

FRANCO e CAMPOS (1998), descrevem que, em 1993, 40,7% dos encaminhamentos para o ambulatório de pediatria do hospital universitário da Unicamp, não apresentavam qualquer investigação prévia. Em outro trabalho, uma análise de 1.343 referências realizadas no município mineiro de Belo Horizonte encontrou que 22,4% não tinham qualquer informação clínica, e 48,92% continha apenas o sintoma ou hipótese diagnóstica, transparecendo uma inadequação no uso dos recursos disponíveis e, talvez, pouca responsabilização com o cuidado (FRANCO e MAGALHÃES JR, 2003).

Mais uma vez, não parecem ser problemas locais. As informações dos encaminhamentos são usualmente descritas como deficientes. Por exemplo, FORREST (2002a) cita que uma em cada cinco referências é apenas assinada por médicos de família nos EUA. VINKER et al (2004) descrevem a situação em um distrito médico israelense que abrange cerca de 500.000 pessoas. De 359 consultas de pronto-socorro,

196 foram referenciadas, das quais 43,4% eram legíveis, 46,5% pouco legíveis e 10% ilegíveis. Dessas, em não mais de 15% havia algum questionamento específico. Uma resposta do pronto-socorro foi identificada em 50% dos prontuários da AB.

Por outro lado, uma análise de todas as referências entre 42 GP holandeses e especialidades por um período de oito meses, achou uma fraca associação entre a qualidade da referência e a resposta. Apenas entre 11 e 14% das perguntas específicas foram respondidas pelas especialidades, levando à especulação de que o especialista provavelmente não lê a referência no momento da resposta (GROL et al, 2003).

A percepção diferenciada sobre a comunicação entre o pediatra general e o especialista foi o tema estudado por STILLE et al (2003) nos EUA. Enquanto o primeiro urge por resposta e orientações, o segundo estaria mais preocupado com as perguntas feitas no encaminhamento. Ao passo que a maioria daqueles reportaram enviar referências freqüentemente, definida como acima de 60% das vezes, menos de um terço dos especialistas relataram recebê-las na primeira consulta. A percepção inversa foi também notada. Entre 10 potenciais barreiras comunicacionais sugeridas pelo estudo, três das mais enumeradas tinham em comum o atraso e a demora na comunicação (STILLE et al, 2003).

A barreira comunicacional administrativa, por assim dizer, é ainda, somente parte do problema se levado em consideração as dificuldades inerentes a própria construção individual da linguagem falada, notadamente em países com grandes diferenças sociais como o Brasil. GRACE e ARMSTRONG, (1987) apontaram essa condição na Inglaterra, ao demonstrar que o médico, o paciente e o especialista têm percepções diferentes quanto ao motivo que levou ao encaminhamento. Ao solicitar aos

médicos e pacientes que, ao final de 300 consultas consecutivas numa clínica em Londres, fosse preenchido um questionário abordando o aconselhamento de uma consulta de retorno, ARMSTRONG et al (1990) fez notar que os pacientes e médicos concordaram apenas em cerca de 40% das vezes.

No que diz respeito à postura profissional do atendimento de um paciente em mais de um serviço, considera-se que os médicos do atendimento primário desejam reter controle sobre a situação do paciente, de forma que preferem encaminhar para médicos com quem desenvolveram algum relacionamento (LUDKE, 1982; FORREST, et al 1999a; FORREST et al, 2002a; KINCHEN et al, 2004). Se a escolha do consultor não é uma prática possível no SUS, a melhora da comunicação através da pessoalidade da relação parece ser um dos grandes consensos no sistema. Impregnado nesta pessoalidade, e indissociável dela, está o “jeitinho” brasileiro. Não é de se estranhar, pois Roberto DAMATTA já prenunciara o grande dilema brasileiro:

“uma trágica oscilação entre o esqueleto nacional feito de leis universais cujo sujeito era o indivíduo e situações onde cada qual se salvava e se despachava como podia, utilizando para isso seu sistema de relações pessoais...O resultado é um sistema social dividido e até mesmo equilibrado entre duas unidades sociais básicas: o indivíduo (o sujeito das leis universais) e a pessoa (o sujeito das relações sociais)”. (DAMATTA, 2000, p.95)

O SUS Campinas não foge à regra. Fato já percebido pela observação, o conhecimento pessoal entre as partes é notado como a melhor forma de melhorar a comunicação e coordenação do cuidado, além do reconhecimento da competência do outro. Relações frias e impessoais não são bem vistas e, talvez, aí resida uma das dificuldades de implementar a contra-referência por escrito.

A gente tem pouquíssima relação com quem a gente encaminha. Primeiro que a gente não conhece, não conhece. Olha, eu trabalho todos estes anos na rede, eu não conheço

nem pessoalmente, e nem o estilo muito de trabalho daquele profissional. Quando você está no consultório e que você encaminha para alguém, primeiro você encaminha para quem você confia, quem você conhece. Que você conhece qual que a conduta dele. Aqui, a gente não tem a sua opção. Eu encaminho, não sei quem que vai atender. (médico AB)

Eu acho que não, (boa comunicação entre os níveis)... silêncio -... é que eu acho que o que falta mesmo é mais assim, comunicação mesmo, entre as pessoas. (médico AB)

Consigo (encaminhamentos), porque tenho um bom vínculo com a PUC e com a Unicamp. É que eu ainda faço parte da equipe da *Universidade* como pós-graduando e a equipe da *Universidade* é a equipe do *hospital* que eu trabalho... Ah! Precisa de vaga, não... então, o que acontece? No dia a dia, eu acabo tendo vínculo quando pego um colega que me conhece bem. Sabe o que eu estou passando lá no Ouro Verde... Aqueles colegas que trabalham na rede e estão lá dando plantão na Unicamp e na PUC, é ótimo de você conversar com eles... Às vezes, eu pego um colega do Mario Gatti, eu tenho um colega que sempre tira gente do socorro. Quando ligo para ele: olha, não consegui vaga. Ele fala assim: não, pode mandar para cá que eu dou um jeito. Se fosse só no papel...? Negativo. É muito mais fácil você conseguir! O vínculo é praticamente verbal, totalmente verbal. Quando preciso da Unicamp, Mário Gatti, eu ligo e converso pessoalmente com a pessoa. Se fosse só pelo papel, não resolve. Não que não resolve, pode resolver, mas é mais difícil. Quando você conversa, você explica melhor o caso. O cara entende melhor, é muito mais fácil verbalmente...Eu acho que o encaminhamento acaba ficando uma coisa fria, entendeu? Acho difícil você manter um vínculo com o colega baseados neste encaminhamento que vem e que volta. (médico 2^{ário})

Agora, as cardiopatias congênitas, por exemplo, a maioria eu mando para São Paulo. É que eu fiz Escola Paulista [atual Unifesp], então, eu tenho contato, quer dizer é uma coisa amigável, não tem nada protocolado, entendeu? Exatamente, é isto que eu estou falando, não tem nada de oficial, tá?... (médico 2^{ário})

Com certeza, com certeza. Com certeza. Se você ficar só na papelada, não te leva a nada. Não precisaria nem ser pessoal, bastaria ser por telefone, né? (médico 3^{ário})

Não, normalmente, eles praticamente não tem contato com a gente, tá? Existem algumas pessoas, que saíram daqui, e que elas, às vezes ligam. Mas, é uma coisa diferente disto ser... é um jeitinho. Não é uma coisa que esteja padronizada. (médico 3^{ário})

Se considerarmos que os curtos-circuitos são grandes dispersores de energia de um sistema, os “curtos” relacionais terão que ser levados em conta para qualquer planejamento dentro do sistema de saúde de Campinas, senão brasileiro, como algo altamente institucionalizado. Ou, como visto por MERHY et al (1997), falhas nas ações de saúde no cotidiano dos serviços, pois seria o trabalho vivo o responsável por desenhar sua organização.

Consigno por intermédio de uma médica minha amiga. Então, *os exames* que eu preciso, muitos, muitos, eu já fiz mais de dez, bem mais, uns vinte *exames* e ela faz na *Universidade*. Mas, porque o paciente entra em contato direto com ela, que também trabalha aqui no *hospital*. Mas, eu não tenho uma ponte para poder chegar sem ser por amizade. Só andam porque tem conhecimento, e porque eu vou na *Universidade* ainda nas reuniões da *especialidade*. É só por isso que elas andam. E, só andam... Só andam para o Dr X, da *especialidade*, por que ele é da *Universidade*. Da Dra X as coisas só andam por que ela é da Puc e da Unicamp. Então... (risos), assim, tudo o que precisa, a gente integra, porque eles são de outros serviços. (médico 2^{ário})

FRANCO e CAMPOS (1998), estudando o acesso ao ambulatório pediátrico do hospital universitário da Universidade Estadual de Campinas, mostraram que era comum o acesso de pacientes “através de amizade com funcionários do hospital ou outras maneiras não institucionais”, de modo que esta via ocupava a terceira posição no modo de acesso da demanda gerada dentro do hospital.

Esta percepção da influência da afetividade no sistema de saúde é compatível com o processo de formação de grupos (ZIMERMAN, 1999), onde seu estabelecimento como grupo se faz imperativamente através de ligações afetivas, até então uma grupalidade. Num jogo de palavras, nesta transição os “objetivos comuns” passariam a “objetivos em comum”. Uma pesquisa sobre o perfil médico brasileiro, realizada pelo Conselho Federal de Medicina, reforça esta visão ao demonstrar a afetividade como o valor mais importante enumerado por 88,2% dos médicos (CFM – Conselho Federal de Medicina, 2003).

Há uma contenda sobre qual nível de cuidado seria responsável por iniciar a terapêutica no caso de uma referência para consulta/aconselhamento, relações de curta duração. Há um entendimento de que cabe ao médico da APS atuar como a principal instância decisória da conduta terapêutica daquele paciente que está sob seus cuidados (STARFIELD, 1988). Mesmo em atendimentos conjuntos de média e longa duração – por exemplo, epilepsias ou saúde mental – sem maiores gravidades, o médico da APS teria

melhor condição de avaliar o custo-benefício dentre as opções, incluídas aquelas sugeridas pelo especialista, a partir do contexto sócio-familiar do paciente.

Nas patologias onde a AB tem uma função mais de vigilância e integração do cuidado – por exemplo, insuficiência adrenal – a conduta específica recairia fundamentalmente sobre a especialidade, sem prescindir da opinião do médico da AB.

O comportamento da relação de cuidado dentro do sistema de saúde passa necessariamente pela nítida compreensão dos tipos possíveis de relacionamento entre as especialidades, do compromisso e responsabilização dos médicos envolvidos, da aceitação *a priori* de suas competências e, mais profundamente, da disposição em concordar com uma transferência de um poder e status estabelecidos, em benefício do paciente.

Ainda em situação inicial de fortalecimento da rede cuidadora, as partes ainda não vislumbram sistematizar esta discussão em Campinas.

Encaminha para cardio, vira hipertensão e ele não volta mais. Então, na verdade, eu queria que ele desse uma opinião para eu continuar cuidando aqui. (médico AB)

O que geralmente eu faço é assim, eu controlo, está bem estabilizado, aí eu mando... É, entro com a medicação aqui. Trato até estabilizar. (médico 2^{ário})

...eventualmente o pediatra dele pode até ligar para mim. Eu cuido desta *patologia* dele. Não admito que o pediatra ponha a mão nesta *patologia*, que é outro problema importante (médico 3^{ário})

Campinas apresenta uma gama de recursos de comunicação que ainda não conseguiram ser incorporados efetivamente na continuidade e coordenação do cuidado. A quase totalidade dos CS conta com telefone, fax, recursos institucionais como referenciamento e, há a cerca de dois a três anos, rede de internet de banda larga, à

exceção dos bairros com dificuldades técnicas externas. Esta tem sido vista como uma das grandes possibilidades de racionalização do tempo de consulta (MECHANIC, 2001).

Apesar da limitação do número de terminais por unidade de saúde em Campinas, as possibilidades são imensas neste campo. Tem se trabalhado neste sentido, por exemplo, com o desenvolvimento de sistemas para controle das vagas de especialidades via rede informatizada. Outra possibilidade seria a transferência de informações relativas às internações e resumos de alta para o médico da AB. Se não há dados locais disponíveis, a percepção geral da prática é corroborada por dados de sistemas internacionais como o canadense. WALRAVEN et al (2002), apontou que em Ottawa apenas 15% dos resumos de alta chegam em algum momento ao médico da AB. Pois em Campinas, estes resumos já são convertidos digitalmente em alguns grandes hospitais do município, de modo que a transferência dessa informação para o prontuário ambulatorial do paciente poderia ser extremamente facilitada. A ausência desse serviço foi explicada por dificuldades de ordens técnicas, como incompatibilidade das linguagens eletrônicas²⁶, administrativas²⁷ e éticas²⁸.

Para ilustrar as potencialidades das tecnologias de informação, o resumo de alta País de Gales, preocupado com baixos indicadores em saúde em relação ao Reino Unido, aprovou lei obrigando que os resultados de quaisquer testes diagnósticos, exceto em DSTs, devam estar de posse do médico da AB no máximo em dois dias, e o resumo de alta hospitalar em 24 horas (WALES..., 1997). Nos EUA, cerca de 30% das referências pediátricas são realizadas por telefone (FORREST et al, 1999a). Em Campinas, esse é

²⁶ Segundo explicação do setor de informática de um dos hospitais universitários.

²⁷ Dificuldade nos arranjos institucionais para operacionalização das tecnologias de informação entre os sistemas.

²⁸ É ainda necessário definir a forma de acesso aos dados, de forma a preservar o sigilo do paciente.

ainda usado com parcimônia, e o fax e a internet são praticamente instrumentos administrativos.

...olha, se até hoje eu falei umas 5 vezes com a referência... foi muito. Eu não falo por telefone assim de rotina. Talvez seja algo que devêssemos pensar. (médico APS)

...quando uma coisa mais importante, e eu sempre costumo ligar antes. (médico APS)

Aqui por exemplo não tem...[internet] E aí a gente liga para médico. Procura, vai atrás e telefona. Porque é o meio mais fácil que tem, porque aqui não tem internet, só se for em casa. – [Este recurso já estava disponível há cerca de um ano.] .../ ...Para mim nunca ligaram. (médico 2^{ário})

Não é uma coisa que acontece. Mas eu não tenho tempo de pegar o telefone para o médico de posto me explicar as coisas. / Pouquíssimas vezes me ligaram. Talvez, três vezes alguém me ligou... em quatro anos. (médico 2^{ário})

Eu não posso pegar o horário que eu estou atendendo no ambulatório e ficar o tempo inteiro atendendo telefone tirando dúvidas das pessoas. Eventualmente, um ou outro liga e tudo bem. Se existisse o sistema hierarquizado não ia precisar todo mundo ficar ligando para mim. Ele ligaria para o médico secundário dele. / ...tentaram uma vez abrir e-mail. Começou a chegar cada loucura por e-mail, cada pergunta... Eu não tenho esse tempo... (médico 3^{ário})

Algumas alternativas para facilitar a interação entre os níveis de cuidado têm sido propostos em vários países. Clínicas de especialidades fora dos hospitais – *outreach clinics* – têm aumentado bastante na última década no Reino Unido, assim como outras experiências como especialistas baseados em centros de saúde primários, ou mesmo o atendimento conjunto com médico da AB (BAILEY et al, 1994).

Em um estudo, um grupo de 12 generalistas holandeses realizaram atendimentos conjuntos mensais – *joint consultation visits* – com 4 ortopedistas, por um período de um ano e meio abordando desordens locomotoras em adultos. Cada consulta ortopédica era acompanhada por três generalistas. Essa investigação concluiu pela eficiência dessa estratégia em relação a tratamento e referência (VIERHOUT et al, 1995). O mesmo grupo mostrou que essa estratégia era tão efetiva quanto à assistência tradicional, ao estudar 49 generalistas que receberam a visitação mensal de 13 cardiologistas durante

um ano e meio (VLEK et al, 2003). Boa parte desses arranjos têm sido estudados para assistência de grupos minoritários e cuidados em saúde mental. FARRAR et al (2001), estudando um programa de acompanhamento conjunto entre médicos de família e psiquiatras no Canadá, encontrou altos índices de satisfação em ambas as partes. Um grande estudo está sendo realizado no tratamento da depressão maior pelo médico da atenção primária, apoiado por psiquiatras em contatos telefônicos regulares (DIETRICH et al, 2004),

No entanto, há poucos estudos nessa área, deixando em aberto a eficiência desse mecanismo em diferentes sistemas de saúde, diferentes especialidades, seu custo-benefício e custo-efetividade. Seria fundamental uma análise de variáveis importantes como o tempo de deslocamento, número de casos possíveis por período, repercussão sobre o agendamento geral em ambos os serviços envolvidos, resolubilidade e eficiência como educação continuada.

Em Campinas, na gestão da saúde 2000/2004, foi posto em prática um serviço auxiliar à referência baseado na visita do especialista ao serviço primário para discussões de casos da sua competência, denominada como “matriciamento” (CAMPOS, 1999a). Apesar de não ter sido especificamente abordada por esse trabalho, em algumas entrevistas e conversas paralelas foi possível notar certo entusiasmo por essa estratégia principalmente entre profissionais do sistema secundário.

Na capital paulista, durante a gestão da AB na região leste pelo hospital Santa Marcelina, conhecida como Qualis-Santa Marcelina, foi experimentado o inverso. Foram disponibilizados agendamentos para os Médicos de Família visitarem ambulatórios de especialidades escolhidos por eles, no hospital terciário ou no

atendimento secundário (USF A. E. Carvalho), onde acompanhavam a rotina do especialista e tinham a oportunidade de discutir casos de sua prática.

Um viés positivo e desejável da visita para consulta conjunta, talvez até o mais importante, seria o estabelecimento de relações pessoais entre as partes, como será discutido mais adiante. Um viés negativo do método seria a possibilidade do especialista confundir-se ou ser confundido com supervisor da AB, no sentido de verificação de condutas ou orientação hierarquicamente superior – queixa que surgiu no decorrer do trabalho de campo.

Resta saber qual o impacto do atendimento conjunto na produção da autonomia do médico da AB em relação ao corpo de conhecimentos das especialidades, uma vez que as relações de poder são fundamentadas justamente na delimitação e reserva de informações.

Desde Paulo Freire, pouco se discute que a autonomia não pode ser produzida ou outorgada, senão conquistada e apropriada pelo sujeito em questão, independente do consentimento de umas das partes. Uma parceria, é claro, pode e deve funcionar como um grande catalisador (FREIRE, 1987) e, estaria aí, um bom princípio para justificar a visita conjunta.

Apoiado nesse autor, o processo de facilitação na busca da autonomia dependerá primordialmente de dois fatores: a introjeção da idéia educando como educador e vice-versa, pois nada mais improdutivo do que a postura da educação bancária, nesse caso com o consultante adotando o lugar do saber especializado. Em segundo lugar, e como premissa para o fato anterior, que haja a percepção de igualdade entre as partes, característica que será aprofundada à frente.

Nem a sociologia, nem a medicina podem dar-se ao luxo de se extremarem em especialidades sem perderem a sua sanidade ou a sua autenticidade: ambas tendo que lidar com o homem social precisam lidar com o homem social total, antes de considerá-lo apenas e estreitamente neste ou naquele particular (Gilberto Freire)²⁹.

VI. Integralidade

Deve ser ressaltada a dificuldade em se delimitar o universo em que se circunscreve a integralidade, desde que não há um entendimento homogêneo sobre a questão. É comum que o tratamento dado ao tema na literatura nacional seja menos conceitual, interessado sobretudo nas relações políticas e sociais como determinantes do processo saúde-doença. Por sua vez, a discussão internacional encerra a integralidade em princípios mensuráveis, de cunho funcionalista, voltados especialmente para o setor gerencial de políticas de saúde. Há, entretanto, uma ampla intersecção entre esses pontos de vista e as conceituações elaboradas em ambos lados. Confusões e sobreposição dos principais conceitos utilizados são também comuns.

MENESES (1998), dissertando sobre integralidade em Campinas optou por delimitá-la como sinônimo de continuidade e coordenação de cuidado, sem avançar na distinção desses conceitos. Nela, a autora discute a possibilidade de avaliação retrospectiva da integralidade da assistência a partir da proposta de “trajetória-sentinela”, um estudo retrospectivo das ações de saúde aplicadas no cuidado de uma pessoa (MENESES, 1998).

MATTOS (2004), por sua vez, toma a integralidade por sinônimo de abrangência (*comprehensiveness*), tecendo considerações à impropriedade de usá-la no sentido de

²⁹ FREIRE, G. **Sociologia da Medicina**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2004. 300 p.

acesso. Em investigação prévia, identificou pelo menos três conjuntos de sentidos sobre o uso desse termo: relativos à políticas de saúde; à organização dos serviços de saúde; e às práticas de saúde (MATTOS, 2004).

Eleonor Conill revisou várias propostas para o uso de “integralidade”, separando-a particularmente do conceito de “acesso”. Ao citar os conceitos propostos por Starfield, reporta-se à *coordination* como integralidade (“caráter coordenado ou integrador”), assim como a *comprehensiveness* (“caráter amplo ou integral”), explicitando uma dificuldade encontrada na literatura no uso da palavra integralidade na tradução desses conceitos. Cita ainda outros estudos que se valem do conceito com a significação de lista de serviços ofertados e ações de saúde desenvolvidas (CONILL, 2004). Em um estudo anterior, ela própria avaliou a integralidade do PSF em Florianópolis através do “caráter completo do cuidado” ou “gama de serviços ofertados” (CONILL, 2004).

O SUS esclarece a Integralidade, um de seus princípios doutrinários, dividindo-a em três partes: a integralidade da pessoa, da integração das ações de saúde e da integralidade do próprio sistema em si. Por isso, o sistema deve ao mesmo tempo considerar a complexidade do sujeito como um ser bio-psico-social, promover a integração das ações de saúde de promoção, proteção e recuperação, além da coordenação dos vários subsistemas possíveis dentro de um modelo hierarquizado, regionalizado e descentralizado (BRASIL, 1990b).

Por isso, não parece ser possível usar a “integralidade” como é colocada pelo SUS, como a simples tradução do conceito de *comprehensiveness*. Do mesmo modo em referência à continuidade e coordenação do cuidado. “Integralidade” tal como

preconizada pelo SUS, na verdade engloba todas essas características, inclusive acesso. Essa amplitude conceitual cria a necessidade de formular categorias analíticas que tornem possível sua avaliação no cotidiano dos serviços. Para utilização dos conceitos internacionais, inevitável para fins de comparações, *comprehensiveness* seria melhor traduzida por “abrangência”, em concordância com o português usado nos documentos europeus.

É evidente que o fatiamento do conceito para fins didáticos atenta contra o próprio princípio do SUS. Corre-se o risco de tratar suas partes na teoria de sistemas e as ações de saúde na lógica da história natural da doença, biológica e mecânica onde o processo fisiopatológico por si esgota sua causalidade. Pode implicar numa solução de integralidade a partir da intervenção apropriada no momento adequado, seja no início insidioso ou no final dramático da doença, no espaço tecnológico apropriado (MERHY et al, 1997). Por esse caminho, a integralidade corre o risco de se tornar “uma redução medicalizante do conjunto das ações”, passível de ser evitado a partir de um entendimento global (integral) a partir de um “modelo rebasicocêntrico” (MERHY et al, 1997).

Considerações paralelas, com enfoques reducionistas, podem ser importantes particularmente do ponto de vista gerencial e da micropolítica. Mas, é a incorporação da pessoa no contexto da integralidade o grande desafio que autores como CAMPOS e MERHY encaram ao propor, em seus estudos, um modelo amplamente baseado em defesa da vida (CAMPOS, 1997c).

VI.1. A Integralidade do Sistema

Um sistema compreende partes distintas – os subsistemas – interconectadas com propósitos comuns. No SUS estão previstas várias instâncias administrativas básicas com propósitos integradores e harmonizadores entre as gestões, como as Comissões Intergestores Bi e Tripartite. Outras modalidades integradoras podem ser vistas nas Comissões Intersetoriais, com representantes da sociedade civil, Comissões Permanentes com representantes acadêmicos, Conselhos Locais, Municipais e Nacional de Saúde, Conferências de Saúde, CONASS - Conselhos Nacional de Secretários de Saúde e CONASEMS - Conselhos Nacional de Secretários Municipais de Saúde (BRASIL, 1996a) entre outros.

No Brasil cabe à AB a responsabilidade de desenvolver rotinas, fluxos e instrumentos que garantam o acesso da população a outros níveis da atenção. É dela o papel primordial no remodelamento e regulação do sistema (BRASIL, 1999). Não são poucos os desafios, conforme análise do próprio Ministério da Saúde. A dimensão geográfica da nação, práticas político-administrativas centralizadoras e paternalistas, estrutura econômico-social heterogênea, transição epidemiológica, recursos insuficientes, precarização das relações trabalhistas e deficiência quali-quantitativa de recursos humanos, alguns dos principais desafios (BRASIL, 2003a).

Na ponta do sistema, a equipe de saúde da AB deve ter conhecimento de todos os problemas de saúde do seu paciente em qualquer contexto em que ele apareça. Para que isso ocorra, é inevitável o desenvolvimento de melhorias na transferência de informação, com mecanismos que alertem o médico da APS sobre problemas que surjam, para que possa operar sobre eles.

Não há dúvidas de que a disponibilidade de meios efetivos de comunicação entre os sub-sistemas é um dos pontos críticos para obtenção da unicidade do sistema e garantia de integração dos diversos cuidados. A eficiência das tecnologias de transferência de informação tem sido considerada um dos grandes desafios para o projeto de mudança global do sistema de saúde dos EUA previsto para esta década (INSTITUTE of MEDICINE, 2000). Na Austrália aventou-se que problemas de comunicação nos serviços de saúde seriam causas significativamente mais comuns de incapacidades e mortes preveníveis do que os erros de condutas médicas (14000..., 1995). Como a continuidade é a base da coordenação do cuidado, uma ordenação do fluxo de informações clínicas é necessária para haver continuidade e coordenação da assistência, fundamental quando se leva em conta a integração em casos em que há múltiplos cuidadores (FLETCHER et al, 1984).

Diversos mecanismos foram desenvolvidos para a integração das informações geradas, como é o caso da referência e contra-referência. No SUS, contudo, historicamente os hospitais foram pautados por uma autonomia em definir seu processo de trabalho, incluindo os hospitais universitários, gerando dificuldades para o planejamento hierarquizado, e criando um obstáculo ao fluxo de informações (CAMPOS, 1999). Essa independência administrativa vem sendo revertida pela necessidade da racionalização do sistema catalisada pela grave crise financeira por que passam os hospitais públicos, preocupados com o custo do atendimento hospitalar a condições que poderiam ser manejadas nos outros níveis da atenção, além do aperfeiçoamento da rede

básica e secundária em absorver essa demanda³⁰. Mas, a fragmentação dos níveis de atenção ainda pode ser percebida no cotidiano como uma situação relativamente natural.

... e depois porque o primário e o secundário são do mesmo dono, então fica mais fácil você gerenciar e ver como está funcionando. (médico 3^{ário})

A descontinuidade do sistema se deve em boa parte à própria jovialidade do SUS. É notório que nesses quinze anos ele vem se solidificando numa velocidade superior a de outros sistemas estrangeiros, e muito à frente das outras áreas públicas no Brasil. Mas, ao longo de seu trajeto, não se pode isentá-lo de uma postura defensiva em relação aos Hospitais Universitários. Esta situação está refletida no discurso da representante universitária durante encontro para apresentação do programa de inserção do aluno de medicina na rede assistencial primária do município³¹: “...A fala da *representante da prefeitura* é muito gratificante, pois a rede nos faz sentir que estamos lá de favor”.

VI.2. A Integralidade das Ações de Saúde

A integralidade das ações de saúde dependem tanto da organização estrutural do sistema quanto da formação profissional do médico e demais profissionais da saúde. Enquanto as ações de promoção e prevenção à saúde geralmente estão localizadas numa ponta do sistema, na rede básica, a formação se dá na outra, fundamentalmente no Hospital de Clínicas, ocupado quase exclusivamente com a recuperação da saúde (CAMPOS, 1999 b).

³⁰ A tentativa de estabelecer uma unicidade administrativa ao sistema não é isenta de efeitos-colaterais durante a transição. Por exemplo, uma criança diabética acompanhando em ambulatório terciário deve ser referenciada à rede básica para então buscar encaminhamento para avaliação oftalmológica, para então fazer o caminho de volta. Muitas vezes este trajeto é interrompido, prejudicando a integralidade do cuidado.

³¹ Encontro ocorrido em 02 de Setembro de 2003 no Centro de Saúde Costa e Silva, pertencente ao Distrito Leste em Campinas.

Nesse contexto de ensino, a integração das ações passa a ser muito mais fruto de abstração, num esforço intelectual de juntar partes, muitas apenas teóricas, para ser usado no futuro. É comum que um residente de pediatria não realize uma puericultura completa, assim como ocorre com o residente de obstetrícia durante o pré-natal, que conhece a evolução de uma gestação completa através da conjugação de fragmentos do cuidado de várias pacientes. Em um Hospital de Clínicas, o recorte do aprendizado diz respeito ao paciente que dá entrada no serviço através do Pronto Socorro, é evoluído na enfermaria e sai de alta sem garantia da continuidade do cuidado. Uma história com um capítulo do meio, mas cujos outros capítulos encontram-se escritos em livros diferentes. Além disso, descaracterizado em sua cultura, como já era observado décadas atrás.

“O hospital moderno, por um lado, reunindo vantagens magníficas de ordem técnica, por outro lado apresenta-se prejudicado por esta desvantagem imensa de ordem psicossocial: a de despersonalizar o doente; a de artificializá-lo em doente ideal para ser examinado no seu físico à revelia de sua personalidade; e ser tratado, também apenas no seu físico, em condições sanitárias ou anti-sépticas – mas não psico-sociais, a não ser em raros casos – ideais; a de dificultar ao médico o conhecimento do doente como pessoa social total. (FREIRE, 2004, P. 121)

Não se trata de negar o valor do aprendizado hospitalar ou do recorte biológico do ensino, pois ele será fundamental em vários momentos. E, muito pelo contrário, mesmo o médico que se decidir pela APS, deve ter uma boa formação hospitalar que lhe permita advogar pelo tratamento e trânsito de seus pacientes no sistema de saúde.

A insuficiência do tempo de consulta é um sentimento marcante espalhado por todos os níveis e especialidades no sistema público municipal campineiro. De modo geral há uma espécie de consenso informal de que em 15 minutos não há tempo hábil para uma consulta abrangente e integralizadora.

O sentimento de insuficiência de tempo de consulta não é uma exclusividade local, mas um senso comum explicitado rotineiramente por médicos de outras cidades. Na realidade, é interessante notar que queixas sobre o tempo da consulta médica parecem ser uma daquelas unissonâncias médicas mais antigas (MECHANIC, 1968) e universais (MORRISON e SMITH, 2000; MECHANIC et al, 2001). Em 1966, em inquérito com 995 médicos da APS do País de Gales e Inglaterra, MECHANIC (1968) mostrou que 58% apresentavam queixas importantes sobre o tempo de consulta, e 33% classificavam essa situação como muito grave.

Por incrível que possa parecer ao médico do SUS, 15 minutos por consulta está acima da média internacional. Por exemplo, a duração das consultas médicas inglesas têm aumentado progressivamente de 6 a 7 minutos na década de 60, para 8,8 minutos nos anos 90, até os atuais 9,36 minutos de duração média (MECHANIC, 2001). Oito minutos também foi a duração média descrita em outro trabalho abordando cerca de 26.000 consultas em quatro regiões de Londres (HOWIE et al, 1999). FERRIS et al (1998), investigado as variações do atendimento da criança nos EUA em duas décadas, acharam que o tempo médio de consulta pediátrica havia aumentado significativamente de 11.8 para 14.2 minutos entre 1979 e 1994. Entretanto, o aumento no tempo da visita médica – na primeira citação acharam médias entre 18 e 21 minutos – não tem sido relacionado com diminuição das queixas (MECHANIC et al, 2001; OGDEN et al, 2004).

Apesar desses números, o descontentamento dos médicos brasileiros não é sem razão. Está bem documentado que a duração do encontro está fortemente relacionada com o grau de satisfação do paciente e com os resultados obtidos (FREEMAN et al, 2002; OGDEN et al, 2004). Completando o quadro, para desespero de alguns, a percepção do

paciente sobre o tempo gasto pelo médico é dissonante do tempo real dispendido, de modo que há uma tendência sistemática a se subestimar a duração da consulta (OGDEN et al, 2004).

Vários autores advogam a necessidade de se prolongar o colóquio médico, dada a maior prevalência de patologias crônicas e interações mais complexas em tempos atuais. Envolvimento do paciente nas decisões diagnósticas e terapêuticas e o aumento das dúvidas na era da informação reforçariam essa visão (KAPLAN et al, 1995; FREEMAN et al, 2002; OGDEN et al, 2004). Concentrar esforços para prover continuidade do cuidado, a racionalização do tempo de consulta e introdução de novas tecnologias, como a internet, fazem parte das propostas para enfrentar essa questão (MORRISON e SMITH, 2000; MECHANIC, 2001; FREEMAN et al, 2002).

Faltam dados brasileiros consistentes sobre o assunto. KIYOHARA et al (2001) observaram um tempo médio de 24,7 minutos em consultas em um grande hospital terciário, após a incrível média de duas horas de espera, tempo compatível com o fato das consultas especializadas serem mais prolongadas. Como não há tradição no ensino da atenção primária, é de se esperar que haja uma influência hospitalar quase absoluta no aprendizado da realização de anamnese e exame físico, caracterizados por uma intervenção vertical, estruturada, biológica e sem duração formalmente determinada.

Esse aprendizado se choca com as especificidades e exigências de um ambulatório de atendimento primário, horizontal, aberto a problemas que não sejam doenças, e agendamento seriado com tempo de consulta estabelecido. Pode ser que essas diferenças estejam envolvidas inicialmente na gênese da dificuldade do manejo do

tempo de consulta ambulatorial no Brasil. Todavia, seriam necessários estudos locais para avaliar a real extensão desse fato.

Dentro da perspectiva do manejo apropriado do pouco tempo disponível, SACKETT (1991), considerado “pai” da medicina baseada em evidências, propõe que “todos os estudantes de medicina deverão aprender como realizar uma completa anamnese e exame físico, mas, uma vez isso aprendido, instruídos a nunca praticá-los”. Uma anamnese e exame físico completos perdem importância após o primeiro encontro, de forma que nas consultas subsequentes sugere que o tempo exíguo seja direcionado para o problema apresentado em questão, medidas preventivas e orientações de acordo com a faixa etária.

Esse é o princípio da puericultura em alguns serviços que não podem ser descritos como ineficientes, como no caso do Canadá. Para otimizar o tempo, a consulta de puericultura de todo o país é baseada em um *check-list* de história e exame físico orientado por evidências de acordo com a idade. Assim, após o primeiro ano, o exame físico perde prioridade em relação ao aconselhamento comportamental e acidentes evitáveis (ROURKE..., 2000).

Outras possibilidades concorrem para a percepção da insuficiência de tempo de consulta em Campinas, e no SUS em geral. Por um lado, o excesso de interrupções. Num levantamento pessoal do autor num dia rotineiro de atendimento em um grande CS, depois de queixas de vários médicos nesse sentido, foi constatada uma média de três interrupções por consulta, por parte de outros profissionais e dos próprios pacientes. Em segundo lugar, apesar do agendamento oficial respeitar os 15 minutos, são usualmente realizados uma série de encaixes, institucionalizados como “uma olhadinha”

ao longo do dia de trabalho. Por fim, o tempo de consulta é também consumido com o preenchimento de uma série de papéis como solicitações de exames complementares com campos repetidos, planilha de atendimento, comunicação de acidente de trabalho (CAT), notificações, formulário SIS pré-natal, formulário Hiperdia etc.

VI.3. A Integralidade da Pessoa

Sem dúvida, o maior complicador está na promoção da integralidade do sujeito, pois ela depende mais profundamente da construção social do sujeito do que da formação profissional propriamente dita, onde pode ser ou não reforçada. Há essencialmente que existir uma percepção de igualdade entre profissionais e usuários, e entre profissionais entre si. A desigualdade impede a identificação com o outro, a empatia, impossibilitando qualquer processo integrador, de forma que as tecnologias de comunicação e formação profissional tornam-se prontamente ineficientes.

BOLTANSKI (1989, p.39), citando trabalho de R. Rougart³², comentou, a partir da sociedade francesa, que em função das diferenças sociais entre as classes populares e algumas profissões, por exemplo a medicina, a relação entre ambos não se caracterizava pela igualdade, mas vista pela classe operária em termos segmentados entre “nós e os outros”. “Outros” que não seriam de todo confiáveis, pelo seu conhecimento impenetrável e amplo poder de manipulação.

No Brasil, o diagnóstico das relações de igualdade entre os sujeitos da assistência pública de saúde sobressai como passo mais importante na avaliação da integralidade do SUS. É mister saber quem é o ‘outro’ nessa relação. A alteridade do

³² R. Hoggart. *The uses of Literacy*. Pelican book ed, Harmondsworth, 1958, p. 72-101. apud: Boltanski, 1989.

brasileiro, seu “outro”, passa por uma construção da imagem do negro e do índio, historicamente vistos como serviçais escravos, seres “sem alma”, pessoas desprovidas de valor humano.

Influências nesse sentido podem ser observadas ainda na terceira e quarta décadas do século XX, quando o pensamento médico-eugênico se fundamentava no pressuposto da superioridade branca baseada em argumentos ‘científicos’, e preconizava a depuração da raça através do seu branqueamento. A miscigenação negra e índia seriam as grandes responsáveis pelo atraso do país, discurso fundamental para abertura da imigração europeia com finalidade de constituição de um “povo” mais branco (MARQUES, 1994).

Gilberto FREIRE nos conta, sobre a formação social do Brasil, que, na realidade, o País também carecia de povo: “... em que Couty foi encontrar, na falta de povo, as únicas realidades sociais no Brasil.” (FREIRE, 1994, p.35). Cita ainda Morgado de Mateus (séc. XVIII): “Nesta terra não há povo, e por isso não há quem sirva ao estado; excepto muito poucos mulatos que uzão seus ofícios, todos os mais são Senhores ou escravos que servem aquelles Senhores” (FREIRE, 1994, p.75).

Esse processo histórico parece ser responsável por uma situação *sui generis* no país ou, pelo menos, na área da saúde. Ao contrário da França, a falta de identificação com o “povo” estabelece outros critérios de segmentação, além da própria distância social. Numa inversão, o “nós” passa a ser qualquer pessoa do lado de dentro do balcão, com mais propriedade aqueles conveniados ao sistema de saúde suplementar privado, e os “outros”, os usuários regulares do SUS.

Afinal, de quem se fala numa das mais comuns expressões ouvidas no sistema público de saúde: ‘esse povo...’? Por exemplo, em: não liga não doutor, esse povo é assim mesmo; num comentário sobre qualquer celeuma na unidade. Ao se dizer “essa gente...”, “essas mães...” “esse povo...” não estaria o profissional da saúde se excluindo dessa coletividade? De igual modo, quando se refere ao usuário como “eles”? A busca da identidade do “outro” como “minha” alteridade, a identificação do “outro” em “mim”, deve ser o princípio norteador pela busca da integralidade humana, da integralidade constitucional do outro.

Por isto, grande parte das discussões sobre “diferenças”, tão comuns hoje em dia, acabam se tornado circulares e estéreis. O sentimento de igualdade humana é a premissa básica que permite a compreensão e respeito pelas – enormes – diferenças entre os homens, classes e povos, e não, responsável por anulá-las. A desigualdade é um sentimento exclusivo do mundo dos homens, e essa reflexão deve preceder o debate sobre as diferenças, que pertence ao mundo dos objetos. Se o sentimento humano envolvido, digamos, entre usuários e provedores, for de desigualdade, não serão válidos os resultados de qualquer debate sobre suas diferenças, assim como não será válida, numa analogia extrema, a comparação das diferenças entre uma cadeira e um livro. Somente duas cadeiras ou dois livros podem ser comparados entre si, possibilitando a identificação de suas diferenças. A falha dessa compreensão se tornará fator de inconsistência para qualquer proposta de estruturação integrativa, apesar de que seu entendimento não torne fácil a realização de mudanças necessárias.

Outro fator, mais concreto e facilmente transponível para a prática da saúde, é a noção de que a hierarquia das posições sociais brasileira tem um componente importante

fundamentado pela “distinção humilde de quem chega e a superioridade de quem está protegido pelo balcão da instituição” (DAMATTA, 2000, p.99); característica interessante que deve estar explicitada na construção da igualdade que se pretende. E é no balcão que se encontra um dos maiores motivos de insatisfação do usuário do SUS (BRASIL, 2003b). Baseado nessas conjecturas, a perfeita estruturação das tecnologias de comunicação de uma maneira eficiente, *per si*, não será traduzida naturalmente num fluxo natural de informações que permitirá, por exemplo, haver continuidade e coordenação eficaz dos tratamentos, no sentido do cuidado integral do “outro”.

... os próprios usuários sabem quais são os melhores lugares em que eles serão atendidos. Onde são atendidos como gente e não como é atendido, só como um número... aí, não sei nem se atendimento médico. É mais o atendimento de balcão, não é? Que é o diferenciado para eles. O que eles mais se queixam é de ser mal atendido no balcão. (médico 3^{ário})

A busca da integralidade no SUS também deve passar necessariamente pelo debate a respeito de qual a população a que ele irá servir. É notório que a imensa maioria de gestores, médicos e profissionais da saúde não formam o contingente de usuários do sistema público. Portanto, um sistema para o “outro”. Um estudo recente pode fornecer pistas sobre esse “outro”, ao mostrar que a utilização do SUS reforça a percepção de pobreza no usuário, mesmo que não corresponda em termos financeiros absolutos (DAMATTA, 2004). A impressão de que “o SUS é bom para os outros” é corroborada por CAMPOS (1997a), ao lembrar que mesmo as propostas sindicais amplas, como ocorridas em acordos coletivos em Campinas nos anos 90, foram permeadas por reivindicações de acesso aos planos de saúde privados³³.

³³ Neste sentido, no período de residência em medicina comunitária, numa das regiões de pobreza da cidade de São Paulo, era comum ouvir mesmo de trabalhadores em posições subalternas, moradores da região, que tal especialidade era boa para tratar “do povo”, subtendendo sua exclusão desta condição a partir de sua condição de associado a um seguro saúde institucional familiar.

Noutro sentido do problema que se coloca, as próprias relações de poder estão estruturadas nas formas da comunicação. Formas verticais de comunicação, como percebidas na figura da pirâmide, podem decretar implicitamente, como discutido, relações de autoridades instituídas, onde cabe ao emissor emitir mensagens e, ao receptor assimilá-las passivamente. Essas posições hierárquicas altas também podem se traduzir em sinônimos de prestígio e melhor remuneração numa sociedade capitalista. Além disto, a reserva de informações cria uma dependência do receptor em relação àquele que detém o conhecimento buscado, que passa a valer como mercadoria. Portanto, não é natural que se pense num fluxo de informações espontâneo entre APS e especialidades ou mesmo, entre profissional e usuário.

A percepção geral nas entrevistas, como poderia se prever socialmente, é de que há um longo caminho para a obtenção da igualdade no sistema público municipal de saúde. Interessante como a perspectiva histórica parece participar das entranhas do pensamento presente, pois mais uma vez, os culpados são os “outros”. O “povo” por ser ignorante e não conseguir controlar sua reprodução...

Não, eu acho que as mães que, as mães mais esclarecidas são melhor atendidas. Tem mais vínculo com o médico. Mas por ela ser mais esclarecida, por ela ser menos ignorante em relação às doenças, por ela exigir mais do médico. Então são esses pacientes que pedem cartinha de contra-referência. Falam assim: “não, a doutora Adriana é quem cuida de mim”. Então eu acho que é por isso. Não sei se é porque o médico trata melhor. Mas, não é não. Você pega alguém, não é o nível social... a quantidade de dinheiro. O salário. É o nível de... de menos ignorância, a mãe menos ignorante. A mãe mais ignorante procura mais o pronto-socorro e não estabelece vínculo com ninguém. (médico 2^{ário})

A acho que o sistema do jeito que está sendo feito, assim, teoricamente você tendo médico de família, tendo o posto de saúde com as unidades básicas, os profissionais básicos, atendimento, tendo os ambulatorios. É o sistema de saúde teoricamente adequado. O que você precisa é adequá-lo todos a isto. Botar os eixos e encaixar todo mundo onde deve, e dentro destas condições. Precisa, assim, acho que tem um dos conceitos básicos que tem que ver. O Brasil tem que fazer um controle de natalidade, tem que fazer um controle social, econômico. Não adianta. É acima sempre da capacidade que ele tem. Como é que quer que ele aumente médico, que ele aumente coisa, se está acima da capacidade, entendeu? Sempre o crescimento populacional, a

capacidade, o mercado de trabalho, a capacidade de suprir dele na área médica, na área de coisa, é acima. Temos um crescimento demográfico muito superior à capacidade de resolver. (médico 2^{ário})

...e os “outros médicos” – particularmente da APS, mas não os pares, por inépcia e falta de motivação. Um profissional, não de segunda classe, apesar de achar que os outros pensem assim, mas eufemisticamente desatualizado. Quando a questão é polarizada nominalmente acerca do “pediatra”, a impressão melhora como será discutido em seguida.

O pessoal está trabalhando, só que não está trabalhando do jeito certo. O jeito de melhorar isso é melhorar a qualidade do profissional, do colega lá de baixo. Ele ter uma complexidade maior de resolver. Acho que tem que reciclar o colega mais. Mas como você quer que ele atenda, se ele não sabe atender? Como fazer diagnóstico de uma coisa que você não sabe? O jeito certo é aumentar o nível de aprendizagem destes colegas. (médico 2^{ário})

Não de segunda, eu não chamaria de segunda classe. Mas, geralmente é um médico que estuda menos para, não sei se ele não tem tempo de estudar, tá certo? Quer dizer, é um médico freqüentemente desatualizado... Ele cuida de resfriado disso e daquilo, e manda o resto tudo para cá. (médico 3^{ário})

VII. SUS Campinas

A percepção que se tem sobre o sistema público municipal de saúde de Campinas pode ser considerada muito boa no geral, especialmente a relativa à assistência pediátrica. Esta visão é compatível com o índice de satisfação do usuário do SUS, que lhe dá notas acima de 8,0 numa escala de 0 a 10, para a maioria dos quesitos (BRASIL, 2002). É alto o grau de satisfação do usuário do SUS com o atendimento médico e de enfermagem no país em todos os níveis de assistência (BRASIL, 2003b). Isso corresponde à impressão que se teve de todos os locais visitados neste trabalho, durante os períodos de observação aberta deste trabalho.

Paradoxalmente, há uma percepção negativa das partes constituintes do sistema quando cada uma das partes é analisada sob um ponto de vista externo a si própria. Ocorre uma inversão simétrica quando se analisa seu próprio locus, extensível a toda parcela da rede que se identifica neste determinado nível. A situação não fica tão clara quando a atenção básica é o extrato analisado. Um reflexo, talvez, por ser o foco histórico de atenção mais recente.

Por vezes, parece haver inclusive certo receio em se generalizar as percepções locais a todo o nível primário, diferentemente dos demais níveis. Há aí, quem sabe, um sentimento aprendido ainda na formação que dificulta assumir posturas mais positivas em relação à atenção básica, sinalizado, nas entrevistas, por cautela, pausas, silêncios e hesitações nas tentativas de generalização dessa parte da saúde, em contraste com a fluidez das falas representativas dos outros níveis. Apesar de se tratar de uma abordagem ao cuidado da criança, fica nítido que o discurso está impregnado pela

impressão do sistema público como um todo, seja por falas de terceiros, conversas informais entre profissionais de diversos setores, propagandas ou representações da mídia.

A característica mais marcante ao se transitar entre os níveis da atenção à saúde é a enorme diferença entre a percepção do “outro” e de si. Quando o outro é representado pela APS, as percepções são fundamentalmente conflitantes, com predomínio do pólo negativo. A figura do ótimo não é lembrada, e o bom, não entra em oposição ao ruim, mas ao péssimo. Interessante notar que isto fica explicitado particularmente quando referenciado ao coletivo, às citações genéricas dos “médicos”, “colegas” etc, que são vistos como desmotivados e desatualizados. Numa atitude pretenciosa, egóica, invariavelmente há a sugestão para “reciclá-los”.

Ah! é difícil de dizer. A rede pública não é uma coisa, na minha opinião, homogênea, tá? Então, eu acho que tem lugares que estão muito ruins tem lugares que estão razoáveis e outros até que estão bons[...] A impressão que eu tenho, principalmente em relação à Campinas é que o médico não é muito valorizado. Tem alguns bem treinados, tem outros pessimamente treinados. O problema é que alguns bem treinados não são estimulados para trabalhar bem [...] eu acho que o médico que trabalha na rede básica, de uma maneira geral está muito pouco motivado para trabalhar. É um emprego que ele vai, cumpriu o horário dele e acabou. E quanto mais ele puder [...] não é um trabalho que ele faça com gosto... Ele acha que aquilo é simplesmente cumprir o horário. Então eu acho que fica difícil [...] Agora, se a gente treinar e, se esses médicos ficarem, daí é outra coisa. (médico 3^{ário})

É... (risos), tem uma grande maioria que não (sobre a qualificação médica)... Uma grande maioria que não. Não. Ou estão no posto há muito tempo... sem ter... como é que fala? Sem fazer reciclagem e, exatamente, só fazem posto de saúde. Então fica... perde contato com a especialidade, perde contato com urgência e emergência de pronto-socorro, tudo isso... com menos conhecimentos... (médico 2^{ário})

Este colega, que dá para você notar. Olha, vamos por ele para fazer uma... como é que se diz... uma reciclagem. Dá para você começar a notar.../ O colega não tem, você vê que está bem defasado, e é a falta, às vezes, de reciclagem. Falta de reciclar mesmo. Eles encaminham sempre a mesma coisa, e continua vindo sempre o mesmo encaminhamento, então há falta de reciclar o colega. / Porque eu acho que o jeito de melhorar isso é melhorar a qualidade do profissional, do colega lá de baixo. / Por isso é que eu estou falando, acho que tem que reciclar o colega mais. Acho que tem que ter um programa na prefeitura de reciclagem de todas as especialidades. O colega tem que trabalhar com mais satisfação. (médico 2^{ário})

Quando nominada a especialidade – pediatria – passa-se a ter uma maior identificação, com conseqüente melhora da avaliação geral. Esta melhora não pode ser relacionada, ou mesmo dimensionada, apenas com a identificação do especialista com sua formação original, pois tanto a enfermeira, quanto uma das especialistas que atende crianças, com formação inicial em clínica médica, apresentam um padrão de discurso semelhante, apoiando a idéia de que o pediatra figura realmente numa posição privilegiada dentro da APS.

Então, na rede existe uma discrepância é grande... num contexto geral, pelo que a gente vê, estão na média para cima, no contexto geral, da média para cima. O problema é que existe sinto uma diversidade grande que, num posto que tem dois pediatras fantásticos, fenomenais. Só que tem outros que você vê que estão bem defasados... Então, a gente vê uma discrepância muito grande, mas média geral, pelo menos assim na área de pediatria, é da média para cima. (médico 2^{ário})

Bom, eu acho que pediatras, grosso modo são bons. Os que são os ruins, são os outros, de adulto, que atendem crianças. Aí com certeza são ruins. (médico 3^{ário})

Particularmente, nas especialidades há um discurso comum sobre a baixa qualidade da assistência primária. Versa sobre lugares comuns como a falta de médicos, dificuldade de agendamento, desinteresse e falta de opções. Na verdade, este é um sentimento nacional evidenciado pela pesquisa “A saúde na opinião dos brasileiros”, realizada pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, em 2003: “as respostas espontâneas à pergunta referente aos problemas de saúde “que o governo deveria resolver” indicam como predominantes, entre as respostas, a citação de algumas “faltas” (falta de médicos, enfermeiros, hospitais, postos de saúde etc)” (BRASIL, 2003b).

O que, à primeira vista, passa como ato consciente do médico, logo a seguir assume caráter impreciso no que concerne ao conhecimento predominante sobre a APS e suas observações. As impressões, na maioria das vezes são frutos de uma visão

indireta da prática. É mesmo uma posição assumida, sem a preocupação de encobrir que o próprio olhar seja referenciado ao olhar alheio. É mais comum que o olhar original provenha dos próprios pacientes, mas pode vir também da empregada doméstica ou outro conviva. De tal modo que é raríssimo que o relato pertença a alguém da mesma classe social, com todas as implicações decorrentes disto, como diz Darcy RIBEIRO (1995, p.195): “Com efeito, no Brasil, as classes ricas e as pobres se separam uma das outras por distâncias sociais e culturais quase tão grandes quanto as que medeiam entre povos distintos”.

Tem (CS), mas não funciona. Pelo menos é o que elas passam para a gente. Elas não conseguem atendimento, têm que chegar às 5 horas da manhã. Se chegar com febre, às 8 horas da manhã, é porque ela não conseguiu a vaga às 5 horas da manhã. Mas, ela ainda não tinha febre às 5 da manhã. Então não vai poder ser atendida. Tem uma série de... tem pouco médico, tem pouco centro de saúde, a população cresceu... Acho terrível, péssimo (médico 2^{ário})

... tem uns pacientes que sempre conseguem consulta no posto. Outros falam para gente que nunca conseguem. Olha, o paciente que mora no parque Oziel, Vida Nova, onde é que vai conseguir consulta? (informada sobre a existência do CS). Tem a unidade móvel, não é?³⁴ (médico 2^{ário})

...eu acho que esse nosso pronto-socorro não podia ser assim, tinha que ser referenciado. Até para fazer, para forçar, que medicina lá fora melhora. Você tenta marcar uma consulta normal lá fora, eu já tive empregada, ou ela não consegue ou demora não sei quantos meses para marcar uma consulta. (médico 3^{ário})

Há uma conjunção de fatores que concorre para a difusão de uma imagem distorcida da APS, e do sistema público como um todo – neste exercício de análise não está implícito que haja uma visão “errônea” das coisas. Cabe aqui entender o viés no decorrer deste aprendizado. Por exemplo, um bom conceito sobre o SUS é inversamente proporcional ao grau de escolaridade e de utilização do sistema (BRASIL, 2003b). Um dado importante encontrado nesse estudo foi a precariedade da cultura profissional

³⁴ Os bairros Vida Nova e Parque Oziel contam com atendimento de um CS.

médica sobre a proposta do SUS. À exceção do enfermeiro, todos os demais entrevistados não se mostraram aptos a interpretar suas diretrizes.

Já que falamos de “imagem” (assim como pode ocorrer com os sons e cheiros), há uma grande chance de que as imagens evocadas pelas palavras, ao se pensar em atendimento público, sejam aquelas mostradas na mídia – essencialmente negativas – uma vez que as pessoas assumidamente não presenciaram, enxergaram tais situações.

Noutra perspectiva, as palavras são construções sociais que, como tal, carregam significados e afetividades pertencentes àquela população que as utilizam. Não só não são simplesmente transponíveis entre classes sociais tão distintas, como são responsáveis pelo grande contingente de estranhamentos dentro do próprio Centro de Saúde, como coloca BOLTANSKI (1989, p. 44): “É em primeiro lugar uma barreira lingüística que separa o médico do doente das classes populares”. Apesar de reproduzir o mesmo conflito de classes de um centro de especialidades, o Centro de Saúde é um espaço essencialmente comunitário, “meu espaço”, onde inclusive se permite levar o cãozinho de estimação, ao contrário daquele. Algo como: “Aqui, quero que minhas palavras sejam entendidas”. ZIMERMAN, (1999), no seu trabalho com grupos, assume esse fato como o grande problema da humanidade: o que eu falo, não é o que você escuta.

A adequação do discurso ao momento pode ser um fator importante: “juntar a fome com a vontade de comer” – ou melhor: a música com a vontade de ouvir. Qual a melhor forma de justificar um recém-nascido resfriado num pronto-socorro, senão culpabilizar a falta de acesso ao médico do CS? Para manter o vínculo com um serviço de que se gosta e se está acostumado, manter o atendimento com o “seu especialista”,

que já o conhece e mantém uma relação de empatia, a estratégia de chantageá-lo com a possibilidade do abandono parece ser bastante atraente³⁵.

Se o especialista fizer uma boa contra-referência e devolver para esse paciente e ele levar em mãos para o clínico do posto, muitas vezes ele não está mais passando com clínico, já há muito tempo só com especialista. A intenção é que ele fosse bem acolhido, muitos voltavam dizendo: “eu não consegui marcar consulta no posto. Ninguém deu bola para mim. Eu saí jogado da especialidade e fiquei sem o vínculo com ninguém”. Eu espero que isto esteja mudando com este projeto de saúde da família, de cadastramento. (enfermeira 2^{ário})

... o que a gente mais, assim em termos de postos de saúde, é que, ou não tem médicos, ou o médico vai embora, sabe? Até o pessoal fala que eu não dou muita alta. Mas eu falo: eu dou, mas depois vem de volta. (médico 2^{ário})

Há ainda uma similitude nas falas vindas do nível terciário que, pela implicância na formação do médico, precisa ser mais bem decodificada em outro momento. Em nítido contraste com a realidade da região, Campinas, pólo de riquezas e detentora de inúmeros equipamentos sociais, assim como uma rede de saúde abrangente e numerosa, é percebida relativamente em situação precária. É possível que a própria posição de autonomia do hospital universitário contribua para esta sensação, em termos de arranjos e intercâmbios institucionais. Além disto, em alguns momentos, parece haver certa sobreposição da idéia de *homecare* à AB.

O ponto que a gente chega aqui é um final de várias situações. A impressão que a gente tem, é que é diferente de vários lugares aqui da nossa região. Principalmente porque o que nós pegamos aqui, o que eu vejo aqui no dia a dia são pacientes com doenças graves agudas e doentes crônicos. Os pacientes crônicos que precisam de acompanhamento, a gente vê que não tem lugar nenhum para acompanhar. Se não ficar aqui, não segurar no hospital terciário, a gente não tem nenhum lugar em que a família se sinta protegida, pelo menos para continuar o tratamento. E são vários os doentes crônicos. São os que têm insuficiência respiratória crônica, que dá para ficar muito bem em casa, dá para ficar na atenção primária. Mesmo que você forneça todo o material, equipamento, tudo que ele precisa, ele não tem nenhum, ninguém, na realidade, que possa lhe dar uma confiança de ficar lá, tratando na unidade básica de saúde. E não tem ninguém de lá. Não funciona, não. Não funciona com certeza, com certeza. Raramente nós temos, às vezes, tem cidades da região que funcionam... Não, Campinas não. É bem diferente. A maior dificuldade nossa é justamente com gente de Campinas, pacientes de Campinas. Paciente de fora de Campinas, às vezes, você consegue algum lugar. Mas, de Campinas

³⁵ Deve ficar patente que não há a intenção de culpabilizar o usuário por falhas no sistema, mas apontar possibilidades. É natural que o paciente tente garantir a manutenção de um atendimento que, de alguma forma, está funcionando para ele, quando não há segurança de uma alternativa satisfatória.

não. E, são coisas simples, não é coisa muito complicada não... os pneumopatas crônicos. Temos *crianças* morando aqui. Nós já tentamos conseguir o material e mandar para casa. O respirador, o concentrador, qualquer coisa para conseguir que ele fosse para casa. Mas, aí ele precisa de um apoio de lá da unidade básica dele. /... não é o pediatra. Você precisa do pediatra, do enfermeiro que vai fazer a visita domiciliar, do fisioterapeuta que faça uma a duas sessões por semana. Então, você precisa de uma equipe. Equipe que não existe. (médico 3^{ário})

eu acompanho doenças crônicas. Então, existem doenças agudas que estas doenças tem que ser avaliadas, feito diagnóstico, e dado alta para o paciente... eu digo para paciente que ele tem que ter um pediatra do lado da casa dele. Porque se ele tiver um resfriado, ele vai tratar com o pediatra. Se ele tiver uma otite, eventualmente o pediatra dele pode ligar até para mim... Olha, os de Campinas são os piores. Tem várias cidades de interior que tem. Mas, Campinas, sul de Minas são os mais difíceis. (médico 3^{ário})

Na verdade, esses conceitos até o momento restrito à APS emergem e transbordam por toda a estrutura da saúde em fluxo e contra-fluxo. Se assim é que o segundo elemento do conjunto percebe o primeiro, da mesma forma o terceiro percebe o segundo. Se não negativamente, pior, ausente.

Não existe serviço secundário em Campinas A gente já tentou conversar com o pessoal várias vezes.../ O secundário eu não sei. Para mim é um buraco negro! Porque, às vezes, a gente até tenta mandar um paciente, certo? Aparecem muitos *doentes* um pouco mais velho, de 8 - 9 anos, que, que não cabem aqui. A gente tenta orientar para que encontre alguém lá e, vira e mexe eles não conseguem[...] Eu acho que não existe sistema secundário. Essa Policlínica que você diz que existe, pouca gente é encaminhada para ela. A maioria vem direto do posto para cá. Não passa por ela. (médico 3^{ário})

Eu falei para você, eu tenho dificuldade de identificar o secundário... Tenho dificuldade.../ . Então, estas daí, (Policlínicas). o contato meu com elas é muito pequeno. É muito pequeno. Eu não consigo avaliar. (médico 3^{ário})

A corrente inversa é verdadeira. Se o primário vê na seqüência do seu cuidado o gargalo que o impede sua efetividade, não é diferente a visão do secundário sobre os hospitais de clínicas. Parece não haver julgamento da competência técnica do médico referenciado, senão de sua habilidade relacional com o consultante, que em última instância implica na sensação de mau atendimento, mesmo a despeito de suas qualificações técnicas. No outro pólo, a incompetência técnica do médico consultante parece ser estabelecida *a priori*, onde considerações subjetivas, emocionais ou de contexto costumam estar ausentes.

Olha, muitas vezes, pensam que (risos), porque que me encaminhou? Muitas vezes. E isso, os pacientes trazem [...] ficam bravos da gente ter encaminhado. Isso é uma coisa, é muito comum, muito comum. Tem especialidade que você tem medo de encaminhar, sabe? Tem medo mesmo. Por que sabe que ou vai maltratar a mãe, ou...e tem especialidade que a gente até sabe quem maltrata mãe e quem não maltrata. Tem muitos que não conversam. Nem fazem o diagnóstico. Uma coisa que não tem resolutividade nenhuma. E, além de tudo, ainda, o paciente fica muito mal atendido. Isso é uma bronca que nós temos. (médico APS)

É difícil, porque alguns colegas lá são um pouco... o nível universitário tem uma pequena, acha que todo mundo lá fora não faz parte da elite estudada da medicina. Às vezes, acho que alguns colegas menosprezam [...] a academia tem uma certa arrogância, um pouquinho porque, eles não vão, eles nunca saíam lá de dentro, são poucos os profissionais que saíam lá de dentro e viram o dia-a-dia. (médico 2^{ário})

Eles acham que quem está dando plantão, é “plantonista”. Não é especialista em nada, e está lá fazendo um bico de plantão. No começo falavam: “o que é que você está fazendo dando plantão neste lugar?” “O que é que eu estou fazendo aqui? Estou tirando 80 % dos pacientes da sua porta! Nós temos duzentos atendimentos por dia que iriam estar na sua porta, certo? Destes duzentos, nós estamos mandando só cinco ou dez por dia”[...] Agora melhorou bastante com o Samu, mas antigamente, todo plantão tinha um colega chateado: ou batia boca com o colega lá [...] e não é culpa nem do colega que está lá. (médico 2^{ário})

É, na conversa do dia-a-dia no serviço, a gente repara mesmo a conversa com os médicos. Assim: “Ah! O pessoal lá acha que sabe tudo, que está na universidade”. Aquela coisa do academicismo, não é? “Nós sabemos tudo, nós dominamos o saber aqui na universidade, vocês não”. Acontece isso sim. Acontece, e a gente sente que não tem sempre uma resposta de volta, uma coisa mais cordial. (enfermeira 2^{ária})

Grande parte do exposto se refere ao outro. Mas, se alguém quiser analisar a saúde de Campinas por extratos, a partir de uma visão interna, sem a tentativa de integrá-lo “ao vivo”, muito provavelmente irá encontrar um sistema harmônico, de qualidade superior, embora ainda reconhecidamente distante do ideal. Não terá dificuldades para encontrar deficiências, que serão enumeradas pelos próprios grupos que trabalham nas suas soluções. Situação semelhante irá encontrar quando é identificada uma parte do “eu” no outro, por exemplo, um antigo residente.

O eu...

Tenho. Tenho preocupação sim.... Eu costumo fazer uma boa descrição (referência)... / No meu caso, eu sempre pergunto. Está escrito... eu sempre tenho anotado no prontuário. Eu sempre perguntei se foi (coordenação), o que aconteceu.... (médico APS)

Olha,, eu acho que existe sim (coordenação). Da nossa parte acho que tem que existir. Tem que existir mesmo. Porque a gente está num serviço em que o paciente está aqui, a família está ali do lado. Então, a gente sabe que... eu acho que é difícil alguém da rede pública aqui... que empurre o paciente. Sabe, que “transfira”. Hoje em dia, eu acho muito difícil. Porque a gente está cada vez mais assumindo as coisas que são nossas mesmas. Agora, da parte deles, eu não, não sei. (médico APS)

... o nós...

Olha,, eu vou falar pelo meu serviço. Aqui, onde eu trabalho, eu acho que sim. Eu não estou puxando sardinha, mas eu acho que a gente atende todo mundo da mesma forma, é claro. Aqui no nosso ambulatório, eu posso falar de minha palavra mesmo, tem um envolvimento muito grande do especialista com paciente (enfermeira 2^{ário})

Principalmente porque se tratando de Campinas, o serviço secundário é muito bom. Os especialistas que atendem, formam uma equipe enorme. É uma equipe grande, e boa. Não é que veio de qualquer lugar. Veio da universidade e ainda está na universidade. (médico 2^{ário})

Eu acho que de maneira geral sim... eu só indico o *hospital universitário* para os meus parentes (risos). (médico 3^{ário})

...o pessoal que vem aqui fica bobo, porque a hotelaria aqui, é um dos hospitais mais limpos que tem. (médico 3^{ário})

e o “eu” no “outro”.

...por exemplo, nesse CS, eu tenho uma (ex) residente que trabalha... Ela pegou um grupo de adolescentes *com patologia* e começou a acompanhar. *Esta patologia* é uma coisa difícilíssima, que a gente aqui não aceita, não adianta, você tem que ter um grupo. O serviço que ela está fazendo lá, é um serviço que daria para ser multiplicado... (médico 3^{ário})

...nós temos residentes que saíram daqui e que trabalham em algumas unidades. Tem gente que tem capacidade, tem condições de cuidar, que já teve todo o treinamento, que a gente tem segurança que tem... Mas, mesmo assim, sozinhos eles não conseguem fazer... (médico 3^{ário})

Assim, romanceada, foi o que se afigurou a tradução do espírito das pessoas ao olharem para si e para o seu grupo, com seus objetivos em comum, a guisa dos olhares alienígenas. Essa história é ofuscado pela labuta diária, quase maquinal e interminável, num esforço para atingir o inatingível, o ideal. A extrema mobilização de forças necessária para girar a roda-viva da saúde, gera uma energia potencial que translada seus efeitos colaterais em choros, tensões, esgotamentos e afastamentos médicos (LTS).

VIII. Implicações na formação médica

Como vem sendo assinalado, a fragmentação dos conhecimentos tornou-se norma na educação médica. A diluição do poder entre departamentos, cada vez mais autônomos e fortalecidos, promoveu um currículo estruturado como se todos os alunos fossem se tornar especialistas em cada área (CAMPOS, 1999b). Além disto, o “capitalismo acadêmico”, em sua lógica produtivista, quantitativa e exacerbada na pesquisa, deixou menos espaço e tempo para o exercício da docência e do cuidado.

Dado a opção flexneriana do ensino médico brasileiro, há uma tendência em se acreditar que no país não seria muito diferente, particularmente após a instituição de uma rede básica universal com o SUS. Segundo levantamento sobre a formação curricular dos alunos de medicina nos diversos Estados do Brasil, baseado em amostragem das principais universidades do país, apenas 14% do treinamento ocorria em espaços externos às Faculdades (CAMPOS, 1999b). Uma formação predominantemente realizada em ambiente de hospitais universitários, pulverizada em dezenas de especialidades, motivando um ensino desarticulado. Esse ambiente propiciou a construção de um discurso de saúde médico hegemônico, que tende a desconsiderar a importância dos saberes externos ao hospital universitário e à própria área médica, sedimentando a imagem do hospital universitário como modelo assistencial (CAMPOS, 1999b).

O uso indiscriminado da tecnologia armada como sinônimo de qualidade do cuidado, aliado a um ambiente com alta concentração de patologias específicas e raras tem profundas implicações na constituição do sistema de saúde como um todo. Por vezes, jogar uma moeda em “cara ou coroa” pode ser mais preciso do que um teste –

bom se aplicado no terreno secundário ou terciário de uma especialidade – transportado para a AB e usado em uma população de baixo risco (GRIMES e SCHULZ, 2002). Isso é particularmente importante quando 67% dos médicos trabalham em consultórios (CFM, 2003).

Hoje, com as políticas públicas voltadas para a estratégia da AB, o egresso dessa formação hospitalar tem grandes chances de vir a trabalhar no cuidado primário. O mesmo provavelmente ocorrerá com a assistência privada, pois tende a haver uma confluência de modelos por diminuição de custos, apesar de não ser assumido como principal motivo pela APS. Sem a reversão do processo e concepções atuais de ensino, no futuro a AB corre o risco de manter sua estrutura atual, qual seja, ser formada por especialistas, com seu corpos de conhecimentos particulares, arraigando a dependência tecnológica dura e potencialmente difundindo a ausência de doença como padrão de saúde. Não há aqui uma tentativa de negar o valor do especialista, mas de associá-lo fortemente ao cuidado específico no recorte biológico progressivo.

Campinas reflete claramente essa situação. Apesar da percepção de que há uma rede básica composta por médicos menos preparados, nada mais ilusório, especialmente no campo da pediatria. Dos médicos pediatras atuantes na rede básica no período deste estudo, a maioria era formada por especialistas (dados não tabulados). Isto quer dizer que além dos 6 anos de graduação, dois de especialidade em pediatria, somam-se, em geral, pelo menos mais dois anos de subespecialidade, num total de pelo menos 10 anos de aprendizado formal.

A predominância da formação – graduação ou especialização – em universidades reconhecidas da região, sepulta de vez a hipótese de pouco preparo dos

médicos da AB. O que deve ser ponderado é se os cursos de graduação, assim como a distribuição na oferta de especialização está adequada às necessidades do sistema. Ter médicos bem preparados não é o bastante se eles não forem atuar nas áreas em que se formaram. Corre-se o risco de repetir a situação encontrada em um dos CS, onde um médico com nove anos de estudos e especialização recém concluída em centro de excelência, fale em falta de capacitação.

Eu acho, na verdade... é... eu não sei se eu tenho noção para falar disso. Eu acho... até... o curso mesmo de medicina, teria que ser reformulado, entendeu? Eu acho que você sai do curso... pelo menos meu curso foi assim. Você sai para atender consultório. Você é ensinado a atender consultório de um centro de especialidade, de um certo tipo de paciente... E, então, eu acho que você fica um pouco a desejar no atendimento. Eu acho que teria que ter uma capacitação de quem está mais... (médico da APS – finalizou residência em UTI pediátrica em 2002)

Atento a isso, em 2001, o Governo Federal desenhou um programa de incentivo às mudanças curriculares para as escolas médicas, o PROMED³⁶. Em que pese uma fase inicial, de adesão voluntária, essa proposta substitui o “currículo mínimo” por “diretrizes curriculares”, dando liberdade para as adequações locais de currículo, sempre tendo em vista a busca da integralidade compatível com as doutrinas do SUS³⁷. Invertendo a lógica hegemônica, define como prioridade solidificar a formação básica do aluno de medicina para “atuar em nível primário e secundário de atenção e resolver com qualidade os problemas prevalentes de saúde”. Para isso, exige carga horária

³⁶ “Trata-se de um proposta que visa apoiar escolas médicas que queiram, voluntariamente, adequar seus processos de ensino, produção de conhecimento e de serviços às necessidades do sistema de saúde do país, com o que estará se voltando às necessidades sociais e epidemiológicas da maioria da população brasileira”.

(<http://dtr2001.saude.gov.br/sps/depart/cgprh/projetos/promed/promed.html>) – acessado em 01/08/2004.

³⁷ PERFIL DO FORMANDO EGRESSO/PROFISSIONAL

Médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano. (<http://dtr2001.saude.gov.br/sps/depart/cgprh/projetos/promed/diretrizes.html>) – acessado em 01/08/2004

mínima de 35% de treinamento em serviço. Numa visão abrangente de “excelência técnica e relevância social”, apresenta diretrizes ambiciosas. Reconhece que somente a reestruturação dos currículos será eficaz na construção de um sistema de saúde integral a médio e longo prazo.

Mesmo tratando-se de um projeto direcionado à graduação, não passa despercebida a ausência de qualquer citação que envolva planos relativos a pós-graduação a médio e longo prazos. A abrangência da proposta é consistente com a idéia de que a graduação deva ser suficiente para que o médico assuma seu papel de relevância na AB. Mesmo autores comprometidos com a saúde pública brasileira não escondem essa visão. ELIAS em recente publicação da Associação Paulista de Medicina esclarece:

A capacitação do profissional na atenção primária, o médico saindo da graduação ou cursando apenas um ano de residência, é suficiente para uma capacitação razoável no atendimento do perfil da demanda em atenção primária. O médico não precisa ficar cinco anos fazendo uma formação pós-graduada, para atender na atenção primária...Desqualificação é utilizar um neurocirurgião na atenção primária, porque ele teve uma qualificação de cinco anos para realizar outro tipo de procedimento, e que não precisaria para atender no nível básico, cujo requisito é no máximo um ano de residência. (ELIAS, 2004, p.17)

Posição contrária defende Mario Testa:

O pessoal destinado a prestar esse serviço nos países capitalistas dependentes, é, em geral, o de menor nível de capacitação: estudantes ou médicos recém-formados, sem a necessária experiência para desempenhar a função que tem a maior responsabilidade no funcionamento do sistema (TESTA, 1992, p.162)

Da mesma forma que não há como planejar a AB sem garantir a retaguarda especializada, é imperioso que o debate sobre a formação universitária inclua a discussão acerca da residência médica. Parece sensato pensar que boa parte dos esforços

do Promed poderá ser esvaziada, caso o Brasil continue formando a maior proporção de subespecialistas do mundo, uma vez que há poucas representações tão solidificadas na cultura médica quanto a necessidade da realização de uma residência.

Por outro lado, não há prerrogativa que autorize a pensar, especialmente a médio e longo prazos, que o recém-formado supra as necessidades da AB. Para citar dois exemplos de países que fizeram a opção por um sistema de saúde público, universal e centrado na AB, Inglaterra e Canadá não autorizam o exercício da medicina na AB sem a formação especializada, o que não pode ser imputado à baixa qualidade da graduação, ou imaturidade do aluno nesses países. Pelo contrário, em ambos o curso de medicina é obrigatoriamente precedido por outro curso superior.

O fato de inserir o aluno no serviço tem o mérito de expô-lo a uma realidade que só conhecia indiretamente a partir de um ponto de vista privilegiado: autônomo, protegido, distante e pretensamente superior. Uma exposição precoce tem sido relacionada com maior afinidade com o sistema primário (JORDAN et al, 2003), embora não seja garantia de escolha de carreira nessa área. Pediatria, clínica médica e medicina de família são as três áreas de especialização com direcionamento para a AB. No Brasil, pediatria e clínica médica se enquadram em programas eminentemente hospitalares, e a medicina de família ainda é uma especialidade incipiente. Como atrair os estudantes para especialização em áreas da atenção primária? Essa é a pergunta que hoje se fazem mesmo países com longa tradição em AB (MACKEAN e GUTKIN, 2003; WHITCOMB e COHEN, 2004).

Nos EUA, o número de estudantes que escolhem carreiras nas áreas básicas vem caindo progressivamente desde 1998, prevendo-se uma crise real na medicina

primária, caso não se consiga atrair os estudantes para carreiras da AB (WHITCOMB e COHEN, 2004; SHOWSTACK et al, 2003). Remuneração insuficiente, grande demanda e a sensação de baixo estímulo intelectual são causas conhecidas. É sugerida a possibilidade de que a exposição de alunos à AB possa, paradoxalmente, agir de forma inibitória na escolha dessas carreiras. Isso porque, em seus estágios, poucos alunos teriam a chance de acompanhar atendimentos de alta qualidade em pacientes com doenças crônicas. Por outro lado, perceber-se despreparado para assumir um excesso de responsabilidade para manter um atendimento de ótima qualidade aos pacientes crônicos pode ser desencorajador para o aluno (WHITCOMB e COHEN, 2004).

Os estudantes também estão mais propensos a se influenciar pelas impressões que ouvem e sentem no ambiente de trabalho. Na Inglaterra, os “GP” não andam tendo muito o que comemorar. Atualmente, entra em vigor um novo contrato de trabalho para os médicos, em face de um descontentamento crescente (HAM e ALBERTI, 2002). Não se pode creditar esse descontentamento exclusivamente à atenção primária, haja vista refletir uma crise global³⁸ (EDWARDS et al, 2002; MCKINLAY e MARCEAU, 2002). É certo que um estudo nacional sobre a satisfação do médico, respondido por 23.521 GPs, mostrou que mais de 25% considerava seriamente deixar a prática generalista. 46% não recomendariam a carreira para estudantes e jovens médicos e cerca de metade planejavam se aposentar antes dos 60 anos, em contraste com os 18% que tinham estes planos desde o início da carreira. Isso, apesar da maioria dos médicos participantes do estudo, admitir que o cuidado oferecido era melhor que cinco anos antes, e 78% achar

³⁸ Atualmente o Brasil passa por uma das mais graves crises assistenciais da assistência privada. Vários estados e especialidades iniciaram boicotes aos planos e seguradoras de saúde. Passeatas e piquetes têm ocorrido em várias localidades. Há uma insatisfação geral com a remuneração, associada às precárias condições de trabalho. (discussões nos jornais do CFM e CRM ao longo de 2004, ex.: <<http://www.cremesp.com.br/?siteAcao=JornalBusca&tipo=todos&id=362>>)

que a assistência hospitalar estava em declínio. (BMA - British Medical Association, 2001).

No Canadá não tem sido diferente. Há um declínio na escolha da carreira na atenção primária. Na década de 80, cerca de 40% dos graduados escolhiam medicina de família como primeira opção de residência. Em 1996, caiu para 32% e para 24% em 2003 (MACKEAN e GUTKIN, 2003). Historicamente, o sistema de saúde canadense mantém uma relação de 50% entre médicos de família e especialistas. Uma base formada por médicos qualificados coordenando o cuidado dos pacientes é a chave do sucesso do sistema, atualmente preocupado com seu futuro. Tanto a população quanto os estudantes manifestam uma visão bastante positiva e valorosa do médico de família. 66% dos canadenses acreditam que seu médico de família seja a pessoa mais importante, quando questionados sobre a relevância de todos os aspectos no cuidado a sua saúde (CFPC, 2004 b). mas não se tem conseguido traduzir este sentimento em escolha de carreira. Há, inicialmente, receio dessa opção pela maior dificuldade em se redirecionar a carreira no caso de decepção. O excesso de demanda e remuneração insuficiente também estão no centro da questão (MACKEAN e GUTKIN, 2003; JORDAN et al, 2003), mas há outros fatores importantes. A presidente da Federação Canadense de Estudantes de Medicina em 2003, que fez opção pela medicina de família, coloca em questão o baixo *status* como um dos principais fatores. Segundo ela, menor remuneração aliada à mensagem de que a medicina de família é uma carreira de menor prestígio que as especialidades “é a receita do desastre” (SULLIVAN, 2003).

Por aqui, o prestígio, comumente referido como “valorização”, é reconhecido como problema a ser abordado na construção do sistema básico de qualidade.

Só que eles têm que valorizar o médico, porque o que está acontecendo? O médico fica no posto de saúde, enquanto ele não arruma uma coisa melhor. A hora que ele arrumar alguma coisa melhor, até logo para rede básica de saúde. (médico 3^{ário})

A população do Brasil está envelhecendo e necessitará cada vez mais de um cuidado médico contínuo, compreensivo e coordenado com os outros níveis de cuidado. É importante que as políticas de formação médica consigam reverter o fluxo de opção pelas especialidades, atraindo profissionais qualificados para todas as áreas da atenção primária. O recente fortalecimento da AB, em sua relativa novidade de opção, a criação de quadros públicos e as perspectivas de surgimento de novas oportunidades universitárias devem agir como estímulo a curto e médio prazos por esta opção de carreira no país, mas pode não ser o suficiente a longo prazo. O planejamento futuro sobre a formação dos profissionais que virão atuar na área de saúde no Brasil não pode prescindir das experiências internacionais.

“A vossa palavra seja sempre com graça, temperada com sal, para saberdes como deveis responder a cada um” (Colossenses 4:6).

IX. AB, Diagnósticos e a Integralidade do Outro.

“Passados estes anos, onde está a mudança anunciada?” questiona MERHY e FRANCO (2002). Segundo os autores, a lógica do novo modelo, baseada no binômio epidemiologia/vigilância à saúde, não seria suficiente para inverter a lógica de produção dos serviços de saúde. Na visão deles, o PSF chega a se contrapor à própria clínica, “como se esta fosse em si um território ‘anti-saúde’”, e propõem uma implantação mais crítica e politizada para não cair em retórica “mudancista”.

Alguns autores acreditam que, mais do que incrementar receitas ou racionalizar o sistema, há que se mudar a estrutura da saúde. Defendendo mudanças estruturais profundas, MENDES (1999) afirma que dentro do paradigma sanitário atual, forças expansionistas de demanda teriam uma velocidade muito superior à capacidade de crescimento da atenção. Sugere que a estratégia da saúde da família deva ser aproveitada para que mudanças estruturais ocorram na concepção do processo saúde-doença, no paradigma e prática sanitária. De outra forma qualquer tentativa de racionalização seria ineficaz. Defende três categorias centrais: primeiro a concepção do processo saúde-doença, no sentido de aproximá-la de conceitos positivos como qualidade de vida. Segundo, o paradigma sanitário, com o fortalecimento de uma cultura em saúde que fuja dos padrões atuais. Por fim, a prática sanitária dos novos conceitos (MENDES, 1999).

Em busca do tempo perdido para a construção da integralidade do outro e do próprio sistema de saúde, uma tarefa hercúlea deve ser encarada como passo fundamental: a desconstrução do diagnóstico. Para que realmente haja mudança na produção dos serviços de saúde, o modo de encarar o diagnóstico, talvez seja o principal elemento de mudança estrutural a influenciar o paradigma e a prática sanitária. Sob um novo prisma deve-se ter claro que é a partir de um diagnóstico que se desencadeiam todas as ações da saúde, muitas vezes, além de equivocadas, despercebidamente iatrogênicas. Não se trata de menosprezar a importância de um diagnóstico realizado com correção e sua influência na possibilidade de melhora de uma pessoa. Pelo contrário, o que se pretende é provocar a discussão sobre a adequação das referências e do ensino de se diagnosticar dentro do atual modelo sanitário, contextualizando o problema de forma geral e dentro da atenção básica.

Não é fácil dizer qual o conceito de saúde-doença adotado pela sociedade. Para uma grande parcela, pode-se perceber que saúde ainda é entendida como um estado em que há ausência de doenças e vice-versa. Por exemplo, em uma definição sucinta o mini dicionário Aurélio classifica doença como falta ou perturbação da saúde (DOENÇA, 1977). Se levarmos em consideração o conceito de saúde aceito oficialmente no Brasil (BRASIL, 1990 b), que engloba trabalho, moradia, transporte, alimentação, saneamento básico, meio ambiente, renda, educação, lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, a grande maioria das pessoas poderia ser considerada com algum tipo de ausência de saúde. Poder-se-ia dizer... doentes?

De modo inverso, é também complexa a definição de doença. O mais comum é que seja entendida como uma infração à normalidade. Por convenção, norma estatística

– que constitui o paradigma predominante na definição de doença – é definida como um estado pertencente a dois desvios padrões acima ou abaixo da média de determinada característica. Isto implica que, de início, 5% da população será considerada anormal, quer dizer... doente? Como há infinitas variáveis mensuráveis (laboratoriais, antropométricas, fisiológicas, cognitivas, etc), à maneira do alienista, basta um número de observações ou testes suficientes para se achar alguma anormalidade em qualquer pessoa. Estariam todos doentes?

Limites de corte podem ser arbitrariamente definidos de acordo com a sensibilidade ou especificidade desejada para um teste em determinado momento, por um gama de motivos, mas quase nunca consensuais. Há alguns anos, o ponto de corte da glicemia foi diminuído de 140 para 126 mg/dL, com o intuito de se realizar diagnósticos mais precoces dos diabéticos e melhorar a prevenção de complicações crônicas. Milhares de pessoas, que no dia anterior passeavam “saudáveis”, ao dormir amanheceram “doentes”, assim como aumentaram em muito os casos de falso-positivos, com todas as suas conseqüências, em que pese achar que foi um risco planejado. Mais recentemente, em diretriz de alcance mundial, o nível aceitável de colesterol LDL em pacientes de risco diminuiu, pela segunda vez em poucos anos, de 100 para 70 mg/dL, repetindo-se o ritual de adoecimento sumário (GRUNDY et al, 2004).

O conceito de normalidade estatística, entretanto, não é capaz de abranger “anormalidades” referentes às normas sociais e culturais, por exemplo, questões de afetividade e sexualidade. Isto pode se tornar dramático no processo saúde-doença, com enormes possibilidades de se diagnosticar diferenças éticas e morais – amplamente variáveis entre as diversas culturas - como doenças, processo fortemente associado à

história da medicina e, em particular da psiquiatria (FOUCAULT, 2001a). Predomina uma concepção maniqueísta de saúde-doença, representada na própria racionalidade aprendida no hospital, onde a questão principal é determinar se tal condição seria ou não doença. Especialmente para estudantes e profissionais da atenção primária, essa dualidade aproxima os extremos, restringindo, em plena fase de aprendizado, as possibilidades de raciocínio sobre a norma e normatividade (CANGUILHEM, 1990). Daí não ser puramente semântico que o aluno passe a ser treinado a indagar-se sobre tal situação, se ela seria ou não normal. Para tal análise, é mandatário terem sido servidos fartamente desse debate durante os anos de formação. Ainda hoje, mesmo na AB, o modo de pensar a doença exige um diagnóstico preciso para que se possa tomar medidas em direção ao retorno da normalidade, quando seria fundamental o entendimento de que aquele pode ser um novo estado de normalidade (CANGUILHEM, 1990), possibilitando uma abordagem mais integral da pessoa doente.

CAMPBELL et al (1979) em busca do conceito de doença, solicitou que 38 termos fossem classificados como doença ou não. Tuberculose e malária foram consenso como doença; desnutrição, fratura craniana e senilidade foram classificados como doenças pela minoria. Acne e hipertensão arterial ficaram indefinidas, sendo que os médicos eram mais propensos à classificação como doença. Em 2002, com o objetivo de estimular o debate sobre a crescente tendência em classificar os problemas das pessoas como doenças, a revista da Associação Médica Britânica realizou uma votação pela internet em busca da “não-doença”, encontrando cerca de 200 situações que se enquadram na situação proposta: um problema que seria melhor abordado se não fosse considerado doença (SMITH, 2002). Vários fatores contribuem para esse excesso de diagnósticos médicos. Sem dúvida é comercialmente vantajoso ter uma nova área

atribuída a si. É também comum haver ganhos secundários afetivos, trabalhistas ou financeiros a partir de um diagnóstico. Nesse sentido, pode se tornar um verdadeiro drama a possibilidade de explosão na quantidade de novos diagnósticos a partir das modernas técnicas laboratoriais, especialmente genéticas.

IX.1. Ensino e diagnóstico

A relação conflituosa entre representantes de laboratórios farmacêuticos e o ensino médico é situação bem conhecida. Há preocupação sobre a influência desse relacionamento na realização de diagnósticos e prescrição, haja vista que ambientes acadêmicos são um dos principais focos de atuação dos propagandistas. A situação no Brasil não é conhecida, mas um estudo canadense mostrou que, das 16 residências em medicina de família do país, apenas quatro tinham políticas formais sobre o modo de interação entre escola e indústria farmacêutica (MAHOOD et al, 1997). O impacto da indústria no aprendizado em saúde, bem como a responsabilidade médica têm sido motivos de debate. Recentemente, com o fracasso da terapia de reposição hormonal, SACKETT (2002), um das maiores personalidades internacionais na medicina, questionou como poderia um diagnóstico e terapêutica ter se tornado universal sem nunca ter sido validado por estudos controlados rigorosos. Desde antes, já apontava os *experts* como responsáveis, em boa parte, por esses excessos, com prejuízo da própria ciência, assim como das gerações mais recentes (SACKETT, 2000). Outro estudo canadense mostrou uma relação extremamente conflituosa entre laboratórios e profissionais *experts* em suas áreas. De 44 consensos médicos em 10 patologias freqüentes como asma, insuficiência cardíaca e depressão, todos validados pelas devidas sociedades médicas na América do Norte e Europa, apenas um consenso declarou

conflito de interesses. Em relação aos autores, 87% admitiram ligações com indústrias farmacêuticas. Mais da metade tinha sido pagos para conduzir pesquisas, um terço já tinha mantido vínculo empregatício regular e dois terços receberam por palestras (CHOUDHRY et al, 2002).

IX.2. Medicalização

Multinacionais farmacêuticas têm sido freqüentemente acusadas de “vender” doenças; transformar problemas humanos em “casos” médicos; superestimar a prevalência de patologias; agir de forma direcionada na informação para a classe médica; além de estimular a medicalização das fases da vida e a percepção de doenças pelas pessoas (CONRAD, 1992; MEYER, 2001; MINTZES, 2002; MOYNIHAN et al, 2002; MOYNIHAN, 2002). Por exemplo, MINTZES (2002) coloca que um americano dos EUA assiste diariamente, na televisão, uma média de nove anúncios sobre prescrição de drogas. Um estudo sobre auto-percepção do estado de saúde, mostrou que um norte-americano (EUA) percebe-se com menos saúde do que um indiano, da mesma forma que indianos do estado mais rico e com maior expectativa de vida tendem a se achar menos saudáveis do que aqueles de um dos estados mais pobres da Índia (SEN, 2002). Não parece haver perspectivas recentes de mudança (KAPLAN et al, 2004) na condição que BARSKY (1988) denominou de “o paradoxo da saúde”: quanto maior acesso aos serviços de saúde, maior a percepção de doença, inclusive relativo ao próprio envelhecimento.

A abordagem de uma condição normal ou de um problema coletivo de ordem política, como uma situação sujeita à intervenção médica, transformando-a em doenças ou distúrbios, é referida pelo termo medicalização (CONRAD, 1992). O debate atual

sobre esse tema sofre grande influência de Ivan ILLICH e seu polêmico “Nêmesis da Medicina: a expropriação da saúde”, onde lança uma crítica feroz à sociedade industrial, tendo por base a aculturação promovida pelo *stablishment* médico – profissões de saúde, indústrias farmacêuticas e tecnológicas – no conceito popular de saúde, “patrocinando a doença e criando uma sociedade mórbida” (ILLICH, 1976, p.21). Em sua análise, ILLICH (1975) identificou três grandes níveis de iatrogênese: clínica, por intervenções desnecessárias ou excessivas; social, pela medicalização da vida; e a mais nefasta segundo ele, a iatrogênese cultural, responsável pela destruição de valores populares e tradicionais em lidar com a dor, adoecimento e morte: “transformam o repto individual da dor, doença e morte num problema técnico, retirando assim às pessoas a possibilidade de autonomamente se haverem com a sua condição humana” (ILLICH, 1976, p.21).

Um dos problemas, segundo MOYNIHAN (2002), é que há muito dinheiro para ser empregado para convencer as pessoas de que elas são doentes. MENDES (1999) define o processo de medicalização como uma das grandes forças expansivas de descontrole do sistema de saúde, relacionada “com a complexificação da vida cotidiana, ampliando possibilidades de ‘desvios’, somado a legitimação e normalização médica destes desvios”. Assim, a medicalização estimularia que mais doenças e doentes sejam combatidos com mais serviços de atenção médica, gerando um ciclo vicioso auto-alimentado. Mas, como quebrar esse ciclo?

IX.3. Um simples diagnóstico

Na graduação e, mais ainda na residência, os estudantes aprendem a sentir um prazer especial quando conseguem encaixar determinados sinais e sintomas em critérios

estabelecidos de forma a definir um diagnóstico. Nas palavras do eminente prof. KLOETZEL (1999, p.205), “de todos os talentos possíveis, a habilidade no diagnóstico é aquela que o acadêmico mais inveja em seus mestres. É o momento heróico, a expressão mais alta do saber médico...”. Estimulada pelos pares e lideranças, há um reforço positivo que guarda relação direta com a raridade do diagnóstico, o clímax do aluno. Diagnósticos “simples” passam, com o tempo, a não conferir tamanho valor e tendem a ser feitos de maneira “natural”, quase automática e inconseqüente, no senso comum: “qualquer um faria”. Talvez seja por isto que, apesar de todos livros e consensos estabelecerem critérios claros para o diagnóstico de hipertensão arterial (HAS), levando em consideração medidas sucessivas, observa-se que na prática clínica a imensa maioria dos diagnósticos é realizada de maneira simplista e precipitada, não raro através de uma única medida na primeira consulta, mesmo que seja em consulta de pronto-socorro ou ginecológica, situações em que se pode esperar que a pressão de qualquer pessoa esteja mais elevada. Por trás desse “hábito”, dessa simplificação do diagnóstico, pode emergir uma sociedade moderna adoecida pela própria área da saúde.

Alguns estudos sugerem que o “simples” diagnóstico de hipertensão arterial pode trazer conseqüências psicológicas e comportamentais, podendo mesmo suplantar os benefícios do tratamento da HAS moderada em alguns casos (MACDONALD et al, 1984). JOHNSTON et al (1984), acompanhando 460 metalúrgicos durante 5 anos, mostrou que o grupo diagnosticado como hipertensão apresentou menores ganhos e maior absenteísmo em relação ao controle, apesar da mesma percepção sobre estado de saúde.

Com o histórico de ter sido usada como arma política e de dominação, na saúde mental estão os maiores perigos da “diagnosticalização”. Sem muito esforço, é possível

encaixar virtualmente qualquer pessoa em algum diagnóstico psiquiátrico. Nesses tempos de globalização, guerras e baixas perspectivas, quem com um pouco de esforço, não se enquadraria nos critérios de depressão, ou ansiedade? Quem, numa periferia violenta escaparia do “estresse pós-traumático”? Essa maleabilidade torna-se maior nas comunidades assistidas pela saúde pública, onde se encontram altos índices de migrantes, deslocados familiar e culturalmente, desemprego e insatisfações gerais. Critérios diagnósticos originários da língua inglesa e “validados” para o Brasil, como “energia”, “concentração” e “interesse” diminuídos no caso de depressão, são conceituações de difícil discernimento, contudo, facilmente confirmáveis pelos pacientes (DSMR IV).

Numa crítica aos rumos tomados pela medicina, CAMPOS sintetiza: “pode-se considerar que a clínica iniciou um novo tipo de objeto de trabalho – a realização de algum procedimento...” (CAMPOS, 1997, p.58a). Indo além de tão bela síntese, caberia perguntar se precedendo já não haveria um tipo de objeto de trabalho já incorporado com naturalidade: a realização de algum diagnóstico.

IX.4. Diagnóstico e multidisciplinaridade

Com a atenção cada vez mais baseada em equipes multiprofissionais, várias categorias têm conquistado um espaço inédito no campo da saúde, situação que cria a necessidade de redefinição de papéis, além de formas de integração entre os cuidados. Com esse intuito integrador, o Ministério da Saúde estimulou a criação de residências multiprofissionais em saúde da família, composta principalmente por médicos e enfermeiras, algumas com outros profissionais como psicólogos e fisioterapeutas etc. Também, cursos de capacitação multiprofissional para o pessoal em serviço. Esse

momento de efervescência intelectual na área da saúde deve ser aproveitado para discussão de mudanças de grande alcance.

Apesar de todo esforço em contrário, sem uma discussão profunda sobre a responsabilidade diagnóstica e papel normalizador dos profissionais da saúde, corre-se o risco de reforçar os mesmos mecanismos estabelecidos no sistema tradicional que se pretende abandonar, reproduzindo o sistema vigente de forma maquiada. Não é, pois, o diagnóstico a chave que permite o desencadeamento de toda a reação em cadeia do atual modelo biomédico? Inclui-se aí uma infinita possibilidade da transformação de sintomas em “síndromes” (TESSER et al, 1998):

Realizado o diagnóstico ou a possibilidade do mesmo (risco), não importa o que o médico ou o doente pensem, sintam, temem ou desejam – o processo caminha, ou ao menos nessa lógica deveriam caminhar, indiferente aos sujeitos envolvidos, no seu combate à doença (ou risco de) diagnosticada. (TESSER et al, 1998, p.7)

Nesse texto, os autores discorrem sobre os caminhos que permitiram a hegemonia do paradigma biomédico atual, onde o diagnóstico tornou-se um fim em si, a doença um fetiche, quase que prescindindo do próprio doente: “é a doença que interessa ao médico, não mais os adoecimentos e os restabelecimentos de sujeitos doentes” (TESSER et al, 1998, p. 8).

Para se ilustrar a idéia da discussão que se pretende aqui, pode ser considerada a questão sobre os “diagnósticos de enfermagem”. A própria idéia de um diagnóstico classista põe em questão a possibilidade de que cada profissão na saúde estabeleça seu conjunto particular de diagnósticos. Pode haver aí um sentido interessante de avaliação de situações de risco, como facilitador da continuidade da assistência, esclarecendo

mais objetivamente o plano de cuidado específico, além da perspectiva de fuga do olhar fisiopatológico (CARPENITO, 2002).

Nenhuma justificativa, porém, o exime do fato de se constituir como diagnóstico e de se comportar como tal. Na adoção dessa estratégia, deve-se ter em mente que não há como inocentar um novo rótulo, com potencial tão reducionista como qualquer outro, criando-se, metodicamente, uma nova possibilidade de “diagnosticalização” de situações de vida. A exemplo do diagnóstico médico, os benefícios são mais visíveis nas situações biológicas concretas. A continuidade no tratamento de uma cicatriz cirúrgica que não vai bem potencialmente se beneficiará de um diagnóstico de “risco de integridade de pele prejudicada” (CARPENITO, 2002, p.50). Entretanto, não se pode negar que os problemas da vida e as áreas comportamentais estão sob maior risco de normalização. Como uma pessoa reagiria ao descobrir seu diagnóstico de “alto risco para padrões de sexualidade alterada”? (CARPENITO, 2002, p.606). Como interpretar e abordar cientificamente risco de “déficit de lazer” ou “angústia espiritual”? Por outro lado, em casos de “potencial para a melhoria dos processos familiares”, não parece ser a área da saúde a melhor instituição social para esperar como resultado “tomar o café da manhã juntos, 5 dias por semana, e respeitar a privacidade de cada membro” (CARPENITO, 2002, p.37).

FOUCAULT (2000b) ao ser argüido sobre se determinada questão era ou não científica, ponderou a que saberes se desejava desmerecer ao se denominar científica uma questão. Essa não é uma questão menor: como caminhar na contramão da exegese científica? Como trabalhar a inclusão e difusão dos conhecimentos em busca da autonomia do outro, sem ter que lidar com delicadas relações de poder, sempre baseadas

nos usos da informação? De que modo trabalhar questões de reserva de mercado ou auto-afirmação profissional sem cair no extremismo ou anedotário?³⁹ Discursos próprios podem ser traduzidos em direito privilegiado ou exclusivo, gerando a interdição do discurso e saberes do outro e resultando em exclusão (FOUCAULT, 2001b).

Na tentativa de sair de um modelo mecanicista, médico centrado, não se pode cair na tentação de reformá-lo num sistema universitário-cêntrico, tão excludente como o anterior, validado por simples quebras de hierarquia e redistribuição de poderes entre as profissões beneficiárias. Mais grave é a tendência da incorporação dos agentes comunitários institucionalizado-os em posições hierárquicas inferiores da escala de enfermagem, sob o risco de formatá-los no binômio diagnóstico-tratamento, potencializando a face perversa do sistema de saúde, que passaria a levar seu modelo flexineriano diretamente para a casa das pessoas.

Apesar do diagnóstico de enfermagem ter sido citado por ser mais aparente, o processo é muito mais complexo, pois em todos os níveis do sistema a realização de diagnósticos é encarada como algo natural. É comum o diagnóstico de “crise de pressão”, “DNV”, depressão ou adicção por profissionais técnicos, recepcionistas e mesmo seguranças. Não há nesta afirmação qualquer crítica quanto ao valor da tentativa de cooperação em equipe, desde que obedecendo a princípios éticos, mas sim à postura de banalização em realizar e socializar diagnósticos no ambiente da saúde, para qualquer nível de capacitação.

³⁹ Tem-se travado um debate apaixonado sobre a “Lei do Ato Médico” que tramita no congresso. De um lado, categorias profissionais acusam a lei de instrumento do corporativismo da classe médica. O outro lado sinaliza ser um ato regulatório como já ocorrido inclusive para algumas das profissões queixosas e, em última análise instrumento de proteção pública contra a má prática da medicina. Não é disputa nova. Foucault (2001a, p.78-79) relata semelhante querela ainda nos primórdios da regulamentação médica como profissão na França.

Segundo BOLTANSKI (1989), não há mais conhecimento popular genuíno em saúde nas sociedades modernas. Todo esse conhecimento social derivaria do discurso médico em algum momento da história que, por adaptações de fala e culturas, acabariam por parecer discurso próprio. Seria interessante pensar que os estudantes das áreas da saúde não percebem que o discurso produzido hoje por eles deverá ser apropriado e transformado em cultura popular no futuro.

Em vista desse debate, qual a chance de alguém entrar hoje num Centro de Saúde, realizar uma consulta qualquer e sair sem um diagnóstico? Mesmo que seja a paradoxal “síndrome da adolescência normal”. Não é o objetivo final da saúde fazer tudo para o usuário não mais precisar dela? Inversamente, em seu ofício adotado como promotor da autonomia e cidadania do usuário, poderia estar incluso, mas não transparente, uma “venda casada”, com o fornecimento de parcelas de cidadania e autonomia desde que o sujeito leve também pelo menos um diagnóstico. Ao mesmo tempo criador e criatura, difundindo a doença para depois tratá-la.

Em um outro paradigma sanitário, o diagnóstico seria visto como algo “pesado”, um “rótulo” impingido ao sujeito, com tendência a se incorporar à sua personalidade, impondo conseqüências ao indivíduo e à sociedade. A sensação de diagnosticar passaria a ser um misto de positividade pelas próprias habilidades intelectuais e pelo fato de ter desvelado o problema e aberto possibilidades terapêuticas, somado a um sentimento de pesar de ter influído definitivamente na vida daquela pessoa. Todo esforço seria no sentido de encarar a grande variação da normalidade.

Apesar de a ‘palavra’ figurar no conceito das iatrogenias médicas⁴⁰, ela não goza desse *status* nas clínicas; além de ser incomum, mesmo impraticável, incluí-la nas estatísticas (KOHN et al, 1999; STARFIELD, 2000). Na busca da integralidade do outro, a “palavra”, por seu potencial iatrogênico na figura do diagnóstico, passa a ser a principal causa de erro médico geral⁴¹, e no “primeiro cuidado” em particular.

⁴⁰ IATROGÊNICO (s.d.): Induzido pelo médico; refere-se aos efeitos das palavras, atitudes, atos ou tratamentos de um médico sobre o paciente.

⁴¹ Na milenar sabedoria chinesa, três coisas não voltam atrás: a oportunidade perdida, a seta lançada e a palavra falada.

X. Considerações finais

Não houve aqui a pretensão de se esgotar o assunto, ou mesmo contribuir de forma singular na discussão da integralidade. Muito do exposto tem sido motivo de considerações brilhantes há várias décadas por importantes autores nacionais como Carlos Gentile, Sérgio Arouca, Maria Cecília Donnangelo, Madel Luz, Lílian Schraiber, Eugênio Vilaça, Emerson Merhy, Gastão Campos entre outros tantos.

Sérgio AROUCA, por exemplo, mostra como a escola preventivista já tecia críticas à ineficiência da prática médica “que privilegia a doença e a morte contra a saúde e a vida” (AROUCA, 2003, p. 37) e da especialização crescente da profissão no sentido biologicista, que elegia o raro como prioridade. Naquela época já se apostava num novo modo de exercer a clínica diária, como uma atitude representada pela atenção integral ao paciente, centrada na pessoa e na família, inseridas no seu contexto comunitário, independente do tipo de especialidade envolvida.

A exclusão de considerações a respeito do Programa de Saúde da Família, e da assistência complementar empobrece sobremaneira a discussão. O primeiro, pela novidade que representa no país, pela abrangência da mudança e polêmicas envolvidas, pareceu merecer um estudo próprio, incluindo aí uma revisão abrangente sobre a construção da AB brasileira. Do mesmo modo, como o foco do trabalho era o SUS, a assistência suplementar não foi abordada, mas sua exclusão deixa em aberto uma parte importante do debate. Segundo dados do Ministério da Saúde, 61,5% da população brasileira transitam entre o SUS e sistema privado, sendo que cerca de 9% utiliza exclusivamente esse último (BRASIL, 2003a), parcela composta por formadores de opinião e muitos dos atores responsáveis pela própria implementação do SUS, como

políticos, médicos, gestores. MALTA et al (2004), mostram que a integralidade do cuidado na saúde suplementar é comprometida por problemas comuns aos sistemas, além de outros, parcialmente superados pelo SUS, como a ausência de práticas de promoção e prevenção, deficiência da rede de serviços e segmentação dos planos.

Por ter se concentrado em situar a atenção básica no contexto da atenção primária à saúde, também foi deixado de abordar o que muitos consideram o novo momento da saúde pública: a promoção da saúde. Assim como a APS teve seu marco em Alma-Ata, a promoção da saúde tem como referência a Carta de Ottawa, elaborada na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da saúde, no Canadá em 1986. Desde então, o movimento tem sido reforçado pela Declaração de Adelaide em 1988, Declaração de Sundsvall em 1991 e Declaração de Bogotá em 1992; preocupadas com a criação de ambientes saudáveis pela comunidade, com a participação do sistema de saúde (BRASIL, 1996b).

Ocorre que este trabalho nasceu, primordialmente, fruto da curiosidade de se tentar entender o universo em que se insere a proposta do SUS, dentro de seu esforço para a consolidação da atenção básica como foco central do sistema de saúde. Dado que os anos de graduação foram direcionados para o aprendizado de uma medicina liberal, mesmo dentro de uma universidade pública, somente mais tarde foi possível perceber que o SUS – não seria exagerado dizer – era muito mais do que um sistema destinado ao ensino médico e de outras profissões. Essa percepção tardia de sua grandiosidade, aliada a uma admiração quase que cívica, acabou por se materializar numa tentativa de organização de uma série experiências, leituras e reflexões sobre a atenção primária que, ora se superpunham, ora mostravam pouca intersecção, e, em vários momentos,

apresentavam nítidas contradições e antagonismos. Portanto, somente dentro de um conceito abrangente como integralidade seria possível tentar organizá-los. E seria o olhar sobre o cuidado da criança, o mais valioso investimento da sociedade, a melhor maneira de balizá-los pela prática.

Este exercício permitiu observar que não há um eixo único que sustente o pensamento sobre a integralidade. Justamente por representar o “inteiro”, a confluência, permite vários eixos teóricos, talvez amparados por alguns principais, marcadamente o administrativo, o político e o de relações humanas.

No campo administrativo e político, Campinas apresenta um belo histórico de realizações na área da saúde pública. Possui uma rede pública assistencial regionalizada e hierarquizada com hospitais de clínicas, pronto-socorros, centros de atenção psicossociais, clínicas secundárias, centros de saúde, além de diversos equipamentos sociais para auxílio no atendimento de crianças e adolescentes. Duas faculdades de medicina, pólos de formação e produção teórica em saúde coletiva de reconhecimento nacional, somam-se a esse quadro. Dentro de um dos maiores PIBs do país, Campinas está numa situação privilegiada que reflete no alto padrão de sua rede de saúde pública. Entretanto, este quadro nem sempre é conhecido.

As possibilidades de melhora são enormes. Como foi dito, ainda não se consegue a otimização dos recursos existentes como, por exemplo, a internet de banda larga presente em quase todos dos serviços. Vários aspectos concorrem para o juízo restrito da condição vantajosa em que se encontra a rede de Campinas. Matérias eminentemente difamatórias sobre o SUS nas mídias; baixo trânsito dos médicos pelo sistema, decorrente de uma formação circunscrita ao hospital universitário; pouca

chance de envolvimento afetivo com as partes; o contraste com sistema privado na propaganda, na aparência e no conforto (hotelaria), mas não na qualidade profissional, estão entre as principais influências.

Não se pode esquecer que a discussão sobre a integralidade está pautada pelo ideal, que avança na mesma proporção da realidade alcançada, sendo, portanto, inatingível. Nessa busca, são feitas projeções, confrontos de possibilidades e comparações com lugares mais avançados, mas poucas vezes há avaliações relativas ao passado ou a lugares menos desenvolvidos. Soma-se a grande expectativa da população no tocante ao setor. Um inquérito nacional evidenciou que a saúde é a primeira preocupação do brasileiro, a frente do desemprego, em resposta espontânea a uma pergunta aberta (BRASIL, 2003b).

No campo das relações humanas, também a integralidade do cuidado tem muito a crescer. A restrição do campo de práticas na formação dos profissionais da saúde dificulta o reconhecimento do valor que cada uma das partes tem na conformação do todo, criando obstáculos ao desenvolvimento de laços afetivos entre os serviços, entre os profissionais, e entre estes e os diversos tipos de usuários. Também impedem que sejam reconhecidas as especificidades e diferenças envolvidas nos tipos de relação humana e técnica nesses diversos centros. Importante para que não se fortaleçam impressões de que há lugares que operam com a técnica dura, ou que outros detenham a exclusividade das relações afetivas.

Além disto, o “capitalismo acadêmico”, em sua lógica produtivista, quantitativa e exacerbada na pesquisa, tem deixado menos espaço e tempo para o exercício da

docência e do cuidado. Exercício imprescindível como exemplo a ser seguido pelos médicos em formação.

Segundo SCHRAIBER (1997), no ato médico está associado uma “parte” clínica a uma “parte” relacional, ligada à ética, política e humanidades. A tentativa de objetivação da consulta como algo estritamente científico seria responsável pela dificuldade no reconhecimento do médico não apenas como agente técnico-científico, mas cidadão e sujeito social. Essa mesma tentativa de objetivação científica da própria doença responderia pela dificuldade de centrar o cuidado na pessoa (TESSER, 2004). A formação médica, sob novo paradigma deve, então, se ocupar não só em termos técnicos – no sentido estrito da palavra, mas ético, moral e político. É somente neste sentido que a integralidade do sistema pode se completar, quando as dimensões do outro forem incorporadas às dimensões administrativas.

XI. Referências Bibliográficas

- 14,000 preventable deaths in Australian hospitals. **Br Med J**, 310: 1487, 1995.
- AAP -AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Committee on children with disabilities. Care Coordination: Integrating Health and Related Systems of Care for Children With Special Health Care Needs. **Pediatrics**, 104: 978 – 81, 1999.
- AAP – AMERICAM ACADEMY OF PEDIATRICS. The Medical Home. **Pediatrics**, 110(1): 184-86, 2002.
- ALPERT, J.J.; ZUCKERMAN, P.M.; ZUCKERMAN, B.; Mommy, who is my doctor? **Pediatrics**, 113(6): 1985-87, 2004.
- AMARAL, M.A. Atenção à saúde mental na rede básica: estudo sobre a eficácia do modelo assistencial. **Revista de Saúde Pública**, 31(3): 288-95, 1997.
- ARMSTRONG, D. GLANVILLE, T.; BAILEY, E.; O'KEEFE, G. Doctor-initiated consultations: A study of communication between general practitioners and patients about the need for reattendance. **Br J Gen Pract**, 40: 241–2, 1990.
- AROUCA, S. O dilema preventivista. São Paulo: Ed. Unesp. 2003. 270 p.
- BAILEY, J.B.; BLACK, M.E.; WILKIN, D. Specialist outreach clinics in general practice. **Br Med J**, 308: 1083-6, 1994.
- BARSKY, A.J. The Paradox of Health. **N Engl J Med**, 318: 414-18, 1988.
- BERMAN, P.A. Selective primary health care: is efficient sufficient? **Soc Sci Med** 16: 1054-9, 1982.
- BLENDON, R.J.; SCHOEN C.D.; OSBORN, R.; ZAPERT, K. Common concerns amid diverse systems: health care experiences in five countries. **Health affairs**, 22(3): 106-21, 2003.
- BMA - Britsh Medical Association. **National survey of GP opinion**. Overall results. Top-line report. 2001.
- BODENHEIMER, T.; LO, B.; CASALINO, L. Primary care physicians should be coordinators, not gatekeepers. **JAMA**, 281(21): 2045-49, 1999.
- BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. Tradução de Regina A. Machado. 3 ed. Rio de Janeiro: Graal Editora, 1989. 190 p. Título original: não citado.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil** – 1988. Título VIII, Capítulo II, Seccão II – Da Saúde. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/bdtextual/const88/const88.htm>. Acesso em 29 ago. 2004.

- BRASIL. **Lei 8080**, de 19 de setembro de 1990a. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.saude.inf.br/legisl/lei8080.htm>> Acesso em 29 ago. 2004.
- BRASIL. **ABC do SUS**. Doutrina e princípios. Brasília: Ministério da Saúde, 1990b.
- BRASIL. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – SUS** (NOB-96), 1996a. (Publicada no D.O.U.de 06/11/1996).
- BRASIL. **Promoção da Saúde**: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Tradução de Luís Eduardo Fonseca. Brasília: Ministério da Saúde, 1996b.
- BRASIL. **Programa de Saúde da Família – PSF**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
- BRASIL. **Manual para a organização da atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa de satisfação dos usuários do SUS. **Informe Saúde**, 168, 2002.
- BRASIL. **SUS. 15 anos de implantação**. Desafios e propostas para sua consolidação. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A saúde na opinião dos brasileiros** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília : CONASS, 2003b. 244 p.
- BRESLAU N. Continuity reexamined: differential impact on satisfaction with medical care for disabled and normal children. **Med Care**, 20(4):347-60, 1982.
- BROSSEAU, D.C.; MEURER, J.R.; ISENBERG, M.L.; KUHN, E.M.; GORELICK, M.H. Association between infant continuity of care and pediatric emergency department utilization. **Pediatrics**, 113: 738-41, 2004.
- BROWN, L.D. Comparing health systems in four countries: lessons for the United States. **Am J Public Health**, 93(1): 52-6, 2003.
- CABANA, RAND, C.S.; M.D.; POWE, N.R.; WU, A.W.; MODENA, W.; RUBIN, H.A. et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. **JAMA**, 282(15): 1458-65, 1999.
- CABANA, , M.D.; EBEL, B.E.; PATRICK, L.C.; POWE, N.R.; RUBIN, H.A.; RAND, C.S. Barriers pediatricians face when using asthma practice guidelines. **Arch Pediatr Adolesc Med**, 154: 685-93, 2000.

- CAMPBELL, E.J.M.; SCADDING, J.G.; ROBERTS, R.S. The concept of disease. **Br Med J**, ii: 757-762, 1979.
- CAMPOS, G.W.S. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. **Mimeo**, 1996.
- CAMPOS, G.W.S. **Reforma da Reforma**. Repensando a Saúde. São Paulo: Ed. Hucitec, 1997a. 220 p. Saúde em Debate 52.
- CAMPOS, G.W.S; CHAKOUR, M.; SANTOS, R.C. Análise críticas sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). **Caderno de Saúde Pública**. 13(1): 141-44, 1997 b.
- CAMPOS, G.W.S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.E e ONOKO, R.T (Org). **Agir em Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997c. p. 197-228. Saúde em Debate 108.
- CAMPOS, G.W.S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cad. Saúde Pública**, 14(4): 863-870, 1998.
- CAMPOS, G.W.S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 4(2): 393- 20, 1999a.
- CAMPOS, G.W.S. Educação médica, hospitais universitários e o Sistema Único de Saúde. **Cad Saúde Públ**, 15(1): 187-93, 1999 b.
- CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Tradução de Maria Thereza R. de Carvalho Barrocas. 3. ed. Rio de Janeiro: Ed. Forense Universitária, 1990. 307 p. Título original: Le normal et le pathologique.
- CARPENITO, L.J. **Diagnósticos de enfermagem**. Aplicação à prática clínica. 8. ed. Porto Alegre: Ed. Artmed, 2002. 882 p.
- CARTA DOS MÉDICOS À NAÇÃO BRASILEIRA. **Jornal do Cremesp**, 190: 07, 2003.
- CECÍLIO, L.C.O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad Saúde Públ**, 13(3): 469-78, 1997.
- CFM - CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Perfil do Médico Brasileiro. **Medicina Conselho Federal** / Jornal da Associação Médica Brasileira , 1327: 10-11, 2003.
- CFPC – The College of Family Physicians of Canada. **Four principles of Family Physicians**. Disponível em: <http://www.cfpc.ca/English/cfpc/about%20us/principles/default.asp?s=1>. Acesso em 10 set. 2004 a.

- CFPC – The College of Family Physicians of Canada. New Poll: Canadians say Family Doctors most important to their health care and want them by their side in hospital. Disponível em: <<http://www.cfpc.ca/English/cfpc/communications/news%20releases/2003%2010%2023/default.asp?s=1>>. Acesso em 30 ago. 2004b.
- CHAN, B.T.B. The declining comprehensiveness of primary care. **Can Med Assoc J**, 166(4): 429-34, 2002.
- CHOUDHRY, N.K.; STELFOX, H.T.; DETSKY, A.S. Relationships Between Authors of Clinical Practice Guidelines and the Pharmaceutical Industry. **JAMA**, 287: 612-17, 2002.
- CHRISTAKIS, D.A.; MELL, L.; KOEPESELL, T.D.; ZIMMERMAN, F.J.; CONNELL, F.A. Association of lower continuity of care with greater risk of emergency department use and hospitalization in children. **Pediatrics**, 107: 524-529, 2001.
- CHRISTAKIS, D.A.; WRIGHT, J.A.; ZIMMERMAN, F.J.; BASSETT, A.L.; CONNELL, F.A. Continuity of care is associated with high-quality care by parental report. **Pediatrics**, 109: e54, 2002.
- CHRISTAKIS, D.A.; WRIGHT, J.A.; ZIMMERMAN, F.J.; BASSETT, A.L.; CONNELL, F.A. Continuity of care is associated with well-coordinated care. **Ambul Pediatr**, 3: 82-6, 2003.
- COIERA, E.; TOMBS, V. Communication behaviors in a hospital setting: an observational study. **Br Med J**, 316: 673-76, 1998.
- COMPREENSIBILIDADE. Dicionário eletrônico Houaiss da língua portuguesa. Versão 1.0.5., 2002.
- CONILL, E. M. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Cad Saúde Pública**, 20(05): 1417-23, 2004.
- CONRAD, P. Medicalization and social control. **Ann Rev of Soc**, 18: 209-32. 1992.
- COVEL, D.G.; UMAN, G.C.; MANNING, P.R. Information needs in office practice: are they being met? **Ann Intern Med**, 103: 596-9, 1985.
- CRAIN, E.F.; WEISS, K.B.; FAGAN, M.J. Pediatric asthma care in US emergency departments: current practice in the context of the National Institutes of Health guidelines. **Arch Pediatr Adolesc Med**, 149: 893-901, 1995.
- CUETO, M. The origins of primary health care and selective primary health care. **Am J Public Health**, 94: 1864-74, 2004.

- DAMATTA, R. **O que faz o Brasil, Brasil?** Rio de Janeiro: Ed. Rocco, 2000.
- DAMATTA, R. **Riqueza e pobreza no Brasil**, 2004. Estudo apresentado como matéria jornalística pelo programa Fantástico – Rede Globo de Televisão. Disponível em <www.fantastico.globo.com/0,19125,TFA0-2142-5514-38826,00.html>. Acesso em 08 dez 2004.
- DEMO, P. **Introdução à metodologia da ciência**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1987. 118p.
- DIETRICH, A.J.; OXMAN, T.E.; WILLIAMS, J.W.; KROENKE, K.; SCHULBERG, H.C.; BRUCE, M. et al. Going to scale: re-engineering systems for primary care treatment of depression. **Ann Fam Med**, 2(4): 301-04, 2004.
- DIXON, A.K. Whole-body CT health screening. **Br J Radiol**, 77: 370-71, 2004.
- DOENÇA. **Minidicionário Aurélio**. Rio de Janeiro: Ed. Nova fronteira, 1977.
- DONELAN, K.; BLENDON, R. J.; SCHOEN, C.; DAVIS, K.; BINNS, K. The cost of health system change: public discontent in five nations. **Health Affairs**, 18(3): 206-16, 1999.
- DONNANGELO, M.C.F. **Medicina e sociedade**. O médico e seu mercado de trabalho. São Paulo: Livraria Pioneira Editora, 1975. 192 p.
- DONNANGELO, M.C.F. **Saúde e Sociedade**. 2 ed. São Paulo: Duas Cidades, 1979. 130 p.
- DUNCAN, B.B., SCHIMIDT, M.I.; GIUGLIANI, E.R. J. Medicina Ambulatorial. **Condutas de Atenção Primária Baseadas em evidências**. 3 ed. Porto Alegre: ARTMED. 2004.1600 p.
- EDWARDS, N.; KORNACKI M. J.; SILVERSIN, J. Unhappy doctors: what are the causes and what can be done? **Br Med J**, 324: 835-382, 2002.
- ELIAS, P.E. Uma visão do SUS. In: Associação Paulista de Medicina (Org.). **SUS. O que você precisa saber sobre o sistema único de saúde**. São Paulo: Ed. Atheneu, 2004. 256 p.
- ETTLINGER, P.R.; FREEMAN, G.K. General practice compliance study: is it worth being a personal doctor? **Br Med J**, 282(6271):1192-4, 1981.
- FARRAR, S; KATES, N.; CRUSTOLO, A.M.; NIKOLAOU, L. Integrated model for mental health care. Are health care providers satisfied with it? **Can Fam Physician**, 47: 2483-8, 2001.
- FERRIS, G.T.; SAGLAN, D.; STAFFORD, R.S.; CAUSINO, N.; STARFIELD, B.; CULPEPPER, L. et al. Changes in daily practice of primary care for children. **Arch Pediatr Adolesc Med**, 152: 227-233, 1998.

- FLETCHER, R.H.; O'MALLEY, M.S.; FLETCHER, S.W.; EARP, J.A.; ALEXANDER, J.P. Measuring the continuity and coordination of medical care in a system involving multiple providers. **Med Care**, 22(5): 403-11, 1984.
- FLEXNER, A. Medical education in the United States and Canadá. A report to the Carnegie Foundation for the advancement of teaching. Bulletin number Four, 1910. Disponível em: www.famed.ufrgs.br/ (departamentos, medicina social, documentos disponíveis). Acesso em 29 ago. 2004.
- FLOCKE, S.A.; STANGE, K.C.; ZYZANSKI, S.J. The association of attributes of primary care with the delivery of clinical preventive services. **Med Care**, 36: AS21-30, 1998.
- FORREST, C.B.; GLADE, G.B.; BAKER, A.E.; BOCIAN, A.B.; KANG, M.; STARFIELD, B. The pediatric primary-specialty care interface: how pediatricians refer children and adolescents to specialty care. **Arch Pediatr Adolesc Med**, 153(7): 705-14, 1999a.
- FORREST, C.B.; GLADE, G.B.; STARFIELD, B.; BAKER, A.E; KANG, M.; REID, R.J. Gatekeeping and referral of children and adolescents to specialty care. **Pediatrics**, 104: 28-34, 1999b.
- FORREST, C.B.; WHELAN, E.M. Primary Care Safety-Net Delivery Sites in the United States: A Comparison of Community Health Centers, Hospital Outpatient Departments, and Physicians' Offices. **JAMA**,; 284: 2077-83, 2000.
- FORREST, C.B.; REID, R.J. Prevalence of Health Problems and Primary Care Physicians' Specialty Referral Decisions. **J Fam Practice**, 50(5): 472- 32, 2001.
- FORREST. C.B.; WEINER, J.P.; FOWLES, J.; VOGELI, C.; FRICK, K.D.; LEMKE, W.K.; STARFIELD. Self-referral in Point-of-Service Health Plans. **JAMA**, 285: 2223-31, 2001.
- FORREST, C.B.; NUTTING, P.A.; STARFIELD, B.; VON SCHRADER, S. Family Physicians' referral decisions: results from the ASPN referral study. **J Fam Pract**. 51(3): 215-22. 2002a.
- FORREST, C.B.; MAJEED, A; WEINER, J.P.; CARROLL, K.; BINDMAN, A. Comparison of specialty referral rates in the United Kingdom and the United States: retrospective cohort analysis. **Br Med J**, 325: 370-1, 2002b.
- FORREST, C.B.; MAJEED, A; WEINER, J.P.; CARROLL, K.; BINDMAN, A. Referral of children to specialists in the United States and United Kingdom. **Arch Pediatr Adolesc Med**, 157(3): 279-85, 2003a.
- FORREST, C.B.; MAJEED, A; WEINER, J.P.; CARROLL, K.; BINDMAN, A. Pediatric referral patterns. **Arch Pediatr Adolesc Med**, 157(10): 1033-34, 2003b.

- FOUCAULT, M. O Nascimento da Medicina Social. In: Machado, R. **Microfísica do Poder**. 15. ed. Edições Graal. Rio de Janeiro. 2000a. p. 79-98.
- FOUCAULT, M. Genealogia e Poder. In: Machado, R. **Microfísica do Poder**. 15. ed. Edições Graal. Rio de Janeiro. 2000b. p. 167-178.
- FOUCAULT, M. **O Nascimento da clínica**. 5^a ed. Rio de Janeiro: Ed. Forense universitária, 2001a.
- FOUCAULT, M. **A ordem do discurso**. 7^a ed. São Paulo: Edições Loyola, 2001b. 84 p.
- FRANCO, C.F.; CAMPOS, G.W.S. Acesso a ambulatório pediátrico de um hospital universitário. **Rev Saúde pública**, 32(4): 352-60, 1998.
- FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 15(2): 345-53, 1999.
- FRANCO, T.B.; MAGALHÃES JR, H.M. **Integralidade na Assistência à saúde**: a organização das linhas do cuidado. In: O trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo, Hucitec, 2003. 300 p.
- FREEMAN, G. K.; HORDER, J.P.; HOWIE, J.G. R.; HUNGIN, A. P.; HILL, A.P.; SHAH, N.C. et al. Evolving general practice consultation in Britain: issues of length and context. **Br Med J**, 324: 880-82, 2002.
- FREEMAN, G.; HJORTDAHL, P. What future for continuity of care in general practice? **Br Med J**, 314: 1870, 1997.
- FREEMAN, G.K.; RICHARDS, S.C. Is personal continuity of care compatible with free choice of doctor? Patients' views on seeing the same doctor. **Br J Gen Pract**, 43: 493-7, 1993.
- FREIRE, G. **Casa-Grande e Senzala**. Formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal. 29. ed. Rio de Janeiro: Ed. Record, 1994. 480 p.
- FREIRE, G. **Sociologia da Medicina**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2004. 300 p.
- FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 17 ed. São Paulo: Paz e Terra, 1987.
- GENTILE DE MELLO, C. O sistema de saúde em crise. 2 ed. São Paulo: Hucitec. 1981.
- GILL, J.M.; MAINOUS, A.G. The role of provider continuity in preventing hospitalizations. **Arch Fam Med**. 7: 352-57, 1998.
- GINZBURG, C. **O queijo e os vermes**. O cotidiano e as idéias de um moleiro perseguido pela inquisição. Tradução de Maria Betânia Amoroso. São Paulo:

- Companhia das Letras, 1987. 309 p. Título original: Il formaggio e i vermi. Il cosmo di um mugnaio del'500.
- GISH, O. Selective primary health care: old wine in new bottles. **Soc Sci Med** 16: 1049-54, 1982.
- GORLIN, R.; ZUCKER, H.D. Physicians' reactions to patients. A key to teaching humanistic medicine. **N Engl J Med**; 308:1059-63, 1983.
- GRACE, J.; ARMSTRONG, D. Referral to hospital: Perceptions of patients, general practitioners and consultants about necessity and suitability of referral. **Fam Pract**, 4: 170-5, 1987.
- GREEN L.A.; FRYER, G.E.JR.; YAWN, B.P; LANIER D.; DOVEY, S.M . The Ecology of Medical Care Revisited. **N Engl J Med**, 344: 2021-25, 2001.
- GRIMES D.; SCHULZ K.F. Uses and abuses of screening testes. **The Lancet**, 359: 881-4, 2002.
- GROL, R.; MOKKINK, H.; SMITS, A.; VAN EIJK, J.; BEEK, M.; MESKER, P. et al. Work satisfaction of general practitioners and the quality of patient care. **Fam. Pract.** 2: 128-35, 1985.
- GROL, R.; ROOIJACKERS-LEMMERS, N.; VAN KAATHOVEN, L.; WOLLERSHEIM, H.; MOKKINK, H. Communication at the interface: do better referral letters produce better consultant replies? **Br J Gen Pract**, 53: 217-9, 2003.
- GROSSFELD, G.D.; J. WOLF, J.S.; LITWIN, M.S.; HRICAK, H.; SHULER, C.L.; AGERTER, C.D. et al. Asymptomatic microscopic hematuria in adults: summary of the AUA best practice policy recommendations. **Am Fam Physician**, 63: 1145-54, 2001.
- GRUMBACH, K.; FRY, J. Managing Primary Care in the United States and in the United Kingdom. **N Engl J Med**, 328: 940-45, 1993.
- GRUMBACH, K.; SELBY, J.V.; DAMBERG, C.; BINDMAN, A.B., QUESENBERRY, C.Jr.; TRUMAN, A. et al. Resolving the gatekeeper conundrum: what patients value in primary care and referrals to specialists. **JAMA**, 282: 261-66, 1999.
- GRUNDY, S.M.; CLEEMAN, J.I.; MERZ, N.B.; BREWER, B.; CLARK, L.T.; HUNNINGHAKE, D.B et al, for the Coordinating Committee of the National Cholesterol Education Program, and Endorsed by the National Heart, Lung, and Blood Institute, American College of Cardiology Foundation, and American Heart Association. Implications of Recent Clinical Trials for the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III Guidelines. **Circulation**, 110: 227-39, 2004.

- HAIKIO, J.P.; LINDEN, K.; KVIST, M. Outcomes of referrals from general practice. **Scand J Primary Health Care**,13: 287-93, 1995.
- HALM, E.A.; CAUSINO, N.; BLUMENTHAL, D. Is gatekeeping better than traditional care? A survey of physicians' attitudes. **JAMA**, 278: 1677-81, 1997.
- HAM, C.; ALBERTI, K.G.M. The medical profession, the public, and the government. **Br Med J**, 324: 838-42, 2002.
- HART, J.T. Our feet set on a new path entirely. **Br Med J**, 317: 1-2, 1998.
- HAYWARD, R.S.A.; GUYATT, G.H.; MOORE, K.; MCKIBBON, K.A.; CARTER, A.O. Canadian physicians' attitudes about and preferences regarding clinical practice guidelines **Can Med Assoc J**, 156:1715-23, 1997.
- HJORTDAHL, P.; LAERUM, E. Continuity of care in general practice: effect on patient satisfaction. **Br Med J**, 304: 1287-90, 1992.
- HOLMES, C.; KANE, R.L.; FORD, M.; FOWER, J. Toward the measurement of primary care. **Milbank Mem Fund Quarterly**, 56(2): 231-51, 1978.
- HOWIE, J.G. R.; HEANEY, D.J.; MAXWELL, M.; WALKER, J.J.; FREEMAN, G.K.; RAI, H. Quality at general practice consultations: cross sectional survey. **Br Med J**, 319: 738-43, 1999.
- HUEARA, C.T.; RIBEIRO, E.A.R.; MURAKAWA, M.M.K.; NETO, J.B.M.; ZEFERINO, LC. Seguimento das mulheres com resultados de citologia oncológica alterados das unidades básicas de saúde da região do distrito de saúde noroeste do município de Campinas, no ano de 2002. Campinas, 2004. Monografia de conclusão do curso de Especialização em Saúde da Família. Universidade Estadual de Campinas.
- IATROGÊNICO. In: Dicionário Médico Blakiston. São Paulo: Organização Andrei Editora Ltda. (s.d)
- ILLICH, I. A expropriação da Saúde. In: Cadernos de Ecologia e Sociedade 3. Porto: Ed. Afrontamento, 1976. Coleção Viver é Preciso.
- ILLICH, I. **A expropriação da Saúde**. Nêmesis da Medicina. Tradução de José K. de Cavalcante. Rio de Janeiro: Ed. Nova Fronteira. 1975. 204 p.
- INKELAS, M; SCHUSTER, M.A.; OLSON, L.M.; PARK, C.H.; HALFON, N. Continuity of primary care clinician in early childhood. **Pediatrics**, 133(6): 1917-25, 2004.
- INSTITUTE of MEDICINE. **Crossing the Quality Chasm**. A new health system for the 21st century. Washington: National Academy Press, 2000. Disponível em: <<http://www.nap.edu/openbook/0309072808/html/R1.html>>. Acesso em 10 ago. 2004.

- JOHNSTON, M.E.; GIBSON, E.S.; TERRY, C.W.; HAYNES, R.B.; TAYLOR, D.W.; GAFNI, A. Et al. Effects of labelling on income, work and social function among hypertensive employees. **J Chronic Dis**, 37(6): 417-23, 1984.
- JORDAN, J; BROWN, J.B.; RUSSELL, G. Choosing family medicine. What influences medical students? **Can Fam Physician**, 49:1131-37, 2003
- KAPLAN, S.H.; GANDEK, B.; GREENFIELD, S.; ROGERS, W.; WARE, J.E. Patient and visit characteristics related to physicians' participatory decision-making style: results from the medical outcomes study. **Med Care**, 33: 1176-87, 1995.
- KAPLAN, M.S.; MCFARLAND, B.H., NEWSOM, J.T., HUGUET, N. Spending more, feeling worse: medical care expenditures and self rated health. **J Epidemiol Community Health**, 58: 529-30, 2004.
- KASSIRER, J.P. [editorial] Access to specialty care. **New Engl J Med**. 331(17): 1151-53, 1994.
- KERSNIK, J. Variation of health service or variation of health service organization. Rapid responses to Forrest et al. **Br Med J**, 325: 370-371, 2002 (17 August 2002).
- KHATTAB, M.S.; ABOLFOTOUH, M.A.; AL-KHALDI, Y.M.; KHAN, M.Y. Studying the referral system in one family practice centre in Saudi Arabia. **Ann Saudi Med**, 19(2), 1999. Disponível em: <<http://www.kfshrc.edu.sa/annals/192/98-209.pdf>>. Acesso em 10 ago. 2004
- KINCHEN, K.S.; COOPER, L.A; LEVINE, D.; WANG, N.Y.; POWE, N.R. Referral of patients to specialists: factors affecting choice of specialist by primary care physicians. **Ann Fam Med**, 2: 245 – 52, 2004.
- KIYOHARA, L.Y.; KAYANO, L.K.; KOBAYASHI, M.L.T.; Alessi, M.S.; Yamamoto, M.U.; Yunes-Filho, P.R.M. et al. The patient-physician interactions as seen by undergraduate medical students. **Sao Paulo Med J**, 119(3): 97-100, 2001.
- KLOETZEL, K. **Medicina Ambulatorial**. Princípios Básicos. São Paulo: Ed. EPU, 1999. 296 p.
- KOHN, L.; CORRIGAN, J.; DONALDSON, M. (ed.). To err is human: building a safer health system. Washington, DC: National Academic Press, 1999. Disponível em: <<http://www.nap.edu/openbook/0309068371/html/>>. Acesso em 10 set. 2004.
- KUO, D.; GIFFORD, D.R.; STEIN, M.D. Curbside Consultation Practices and Attitudes Among Primary Care Physicians and Medical Subspecialists. **JAMA**, 280: 905, 1998.

- LAMBREW, J.M.; DEFRIESE, G.H.; CAREY, T.S.; BIDLLE, A.K. The effects of having a regular doctor on access to primary care. **Med Care**, 34: 138-51, 1996.
- LIEU, T.A.; BLACK, S.B.; RAY, P.; CHELLINO, M.; SHINEFIELD, H.R.; ADLER, N.E. Risk factors for delayed immunization among children in a HMO. **Am J Public Health**, 84: 1621-5, 1994.
- LITSIOS, S. The long and difficult road to Alma-Ata: a personal reflection. **Int J Health Serv**, 32(4): 709-32, 2002.
- LITSIOS, S. The Christian Medical Commission and the development of the world health Organization's primary health care approach. **Am J Public Health**, 94: 1884-93, 2004.
- LITTLE, P.; DORWARD, M.; WARNER, G.; STEPHENS, K.; SENIOR, J.; MOORE, M. Importance of patient pressure and perceived pressure and perceived medical need for investigations, referral, and prescribing in primary care: nested observational study. **Br Med J**, 328: 444 - 0, 2004.
- LJUBLJANA (The) Charter on Reforming health care. **Br Med J**, 312(7047): 1664-65, 1996.
- LORA, AP. Acessibilidade aos Serviços de Saúde. Estudo sobre o tema no enfoque da Saúde da Família no município de Pedreira – SP. Campinas, 2004. (Dissertação – Mestrado – Universidade Estadual de Campinas)
- LOVE, T.; DOWELL, A.C.; SALMOND, C.; CRAMPTON, P. Quality indicators and variation in primary care: modeling GP referral patterns. **Fam Pract**, 21(2):160-165, 2004.
- LUDKE, R.L. An examination of the factors that influence patient referral decisions. **Med Care**, 20: 782-96, 1982.
- MACDONALD, L.A.; SACKETT, D.L.; HAYNES, R.B.; TAYLOR, D.W. Labeling in hypertension: a review of the behavioral and psychological consequences. **J Chronic Dis**, 37(12): 933-42, 1984.
- MACKEAN, P.; GUTKIN, C. Fewer medical students selecting family medicine. Can family practice survive? **Can Fam Physician**, 49: 408-9, 2003.
- MAHOOD, S.; ZAGOZESKI, C.; BRADEL, T.; LAWRENCE, K. Pharmaceutical policies in canadian family medicine training. **Can Fam Physician**, 43: 1947-51, 1997.
- MAINOUS, A.G.; GILL, J.M. The importance of continuity of care in the likelihood of future hospitalizations: is site of care equivalent to a primary clinician? **Am j Public Health**, 88(10): 1539-41, 1998.

- MALTA, D.C.; CECÍLIO, L.C.O; MERHY, E.E ; FRANCO, T.B.; JORGE, A.O.; COSTA, M.A. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9(2): 433-44, 2004.
- MANIAN, F.A.; JANSSEN, D.A. Curbside consultations. A closer look at a common practice. **JAMA**, 275(2): 145-7, 1996.
- MARCONDES, E.; VAZ, F.A.C.; RAMOS, A.R.; O, Y. **Pediatria Básica**. 9 ed. São Paulo: SARVIER. 2003. Tomo I (744 p.) e II (1790 p.).
- MARQUES, V.R.B. **A medicalização da raça**. Médicos, educadores e discurso eugênico. Campinas: Ed. Unicamp, 1994.166p.
- MATTOS, R.A. A integralidade na prática. Ou sobre a prática da integralidade. **Cad Saúde Pública**, 20(5): 1411-16, 2004
- MCKINLAY, J.B.; MARCEAU, L.D. The end of the golden age of doctoring. **Int J Health Serv**, 32 (2): 379-416, 2002.
- MCPHEE, J.S.; LO, B.; SAIKA, G.Y.; MELTZER, R. How good is communication between primary car physicians and subspecialty consultants? **Arch Intern Med**, 144: 1265-68, 1984.
- MECHANIC, D. General practice in England and Wales: results from a survey of a national sample of general practitioners. **Med Care**, 6: 245- 60, 1968.
- MECHANIC, D. How should hamsters run? Some observations about sufficient patient time in primary care. **Br Med J**, 323: 266-8, 2001.
- MECHANIC, D.; MCALPINE, D.D.; ROSENTHAL, M. Are patients' office visits with physicians getting shorter? **N Engl J Med**, 344: 198-04, 2001.
- MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. 2. ed. São Paulo: Ed.Hucitec, 1999. 300 p.
- MENESES, C.S. **A unicidade do Sistema Único de Saúde em questão**. Campinas. 1998. (Dissertação – mestrado – Universidade Estadual de Campinas).
- MERHY, E.E. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: **Agir em Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 197-228. Saúde em Debate 108.
- MERHY, E.E; CHAKKOUR, M.; STÉFANO, E.; STÉFANO, M.E.; SANTOS, C.M.; RODRIGUES, R.A et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: **Agir em Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 113-50. Saúde em Debate 108.

- MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Programa de Saúde da Família: somos contra ou a favor? **Saúde em Debate**, 26(60): 118-22, 2002.
- MEYER, V.F. The medicalization of menopause: critique and consequences. **Int J health Serv**, 31(4): 769-92, 2001.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa Qualitativa em Saúde. 8. ed. São Paulo: Ed. Hucitec, 2004. 269 p.
- MINTZES, B. Direct to consumer advertising is medicalising normal human experience. **Br Med J**, 324: 908911, 2002.
- MORRISON, I.; SMITH, R. Hamster health care: time to stop running faster and redesign health care. **Br Med J**, 321: 1541-42, 2000.
- MOSLEY, W.H. Is there a middle way? Categorical programs for PHC. **Soc Sci Med** 26(9): 907-8, 1988.
- MOSSIALOS, E. Citizens views on health care systems in the 15 members states of the European Union. **Health Economics**, 6: 109-16, 1997.
- MOYNIHAN, R. Drug firms hype disease as sales ploy, industry chief claims. **Br Med J**, 324: 867, 2002.
- MOYNIHAN R.; HEATH I.; HENRY, D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. **Br Med J**, 324: 886-91, 2002.
- MULLAN, F. The “Mona Lisa” of health policy: primary care at home and abroad. **Health Aff**, 17: 118-126, 1998.
- MURAHOVSKI, J. A (perigosa) cultura do pronto-socorro. Para o pediatra refletir e orientar seus pacientes. Sociedade Brasileira de Pediatria. Disponível em:
<http://www.sbp.com.br/show_item2.cfm?id_categoria=24&id_detalhe=579&tipo=S>. Acesso em 10 set. 2004.
- NEW YORK TIMES. A verdict on gatekeepers [Editorial]. 15. nov, 2001.
- NEWELL, K.W. Selective primary health care: the counter revolution. **Soc Sci Med** 26(9): 903-06, 1998.
- O'DONNELL, C.A. Variation in GP referral rates: what can we learn from the literature? **Fam Pract**, 17: 462-71, 2000.
- OBOLER, S.K.; PROCHAZKA, A.V.; GONZALES, R.; XU, S.; ANDERSON, R.J. Public expectations and attitudes for annual physical examinations and testing. *Ann Intern Med*, 136: 652-59, 2002.
- OCHOA, FR. Orígenes del movimiento de atención primaria de salud en Cuba. **Rev Cubana Med Gen Integr**, 19(1), 2003.

- OGDEN, J.; BAVALIA, K.; BULL, M.; FRANKUM, S.; GOLDIE, C.; GOSSLAU, M. "I want more time with my doctor": a quantitative study of time and the consultation. **Fam Pract**, 21: 479-83, 2004.
- OMS, Organização Mundial da Saúde, 1978. **Declaração de Alma-Ata**. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>> ou (versão em inglês) <<http://www.who.int/hpr/archive/docs/almaata.html>>. Acesso em 29 ago. 2004.
- PARCHMAN, M.L.; PUGH, J.A.; HICHCOCK NOEL, P.; LARME, A.C. Continuity of care, self-management behaviors, and glucose control in patients with type 2 diabetes. **Med Care**, 40(2): 137-44, 2002.
- PARKER, A.W.; WALSH, J.M.; COON, M. A normative approach to the definition of primary health care. **Mil Mem Fund Q**, 54: 415-38, 1976.
- PORTILLO, M. Something to celebrate: The Bevan legacy. **Br Med J**, 317: 37-40, 1998.
- RIBEIRO, D. **O povo brasileiro**. A formação e o sentido do Brasil. 2. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1995. 482 p.
- RIFKIN, S.B.; WALT, G. Why health improves: defining the issues concerning 'comprehensive primary health care' and 'selective primary care'. **Soc Sci Med** 23(6): 559-66, 1986.
- ROLAND, M.; MORRIS, R. Are referrals by general practitioners influenced by the availability of consultants? **Br Med J**, 297: 599-00, 1988.
- ROSENBLATT, R.A.; HART, G.; BALDWIN, L.; CHAN, L.; SCHNEEWEISS, R. The generalist role of specialty physicians. Is there a riddened system of primary care? **JAMA**, 279(17): 1364-70, 1998.
- ROURKE Baby Record. The College of Family Physicians of Canada, 2000. Disponível em<<http://www.cfpc.ca/English/cfpc/programs/patient%20care/rourke%20baby/default.asp?s=1>> Acesso em 20 ago. 2004.
- SACKETT, D.L.; HAYNES, R.B.; TUGWELL, P. **Clinical Epidemiology**. A basic science for clinical medicine. 2, ed. New York: Little, Brown-Usa. 1991. 441 p.
- SACKETT, D.L. The sins of expertness and a proposal for redemption. **Br Med J**, 320:1283, 2000.
- SACKETT, D.L. Hormone replacement therapy. The arrogance of preventive medicine. **Can Med Assoc J**, 167(4): 363-64; 2002.

- SAFRAN, D.G.; TAIRA, D.A.; ROGERS, W.H.; KOSINSKI, M.; WARE, J.E.; TARLOV, A.R. Linking primary care performance to outcomes of care. **J Fam Pract**, (Supplement) 47: 213-20, 1998.
- SAFRAN, D.G.; ROGERS, W.H.; TARLOV, A.R.; INUI, T.; TAIRA, D.A.; MONTGOMERY, J.E. et al. Organizational and financial characteristics of health plans: are they related to primary care performance? **Arch Intern Med**, 160: 69-76, 2000.
- SAFRAN, DG. Defining the future of primary care: what can we learn from patients?. **Ann Intern Med**, 138(3): 248-55, 2003.
- SALEM-SCHATZ, S.; MOORE, G.; RUCKER, M.; PEARSON, S.D. The case for case-mix adjustment in practice profiling. When good apples look bad. **JAMA**, 272: 871 – 74, 1994.
- SAÚDE. Dicionário eletrônico Houaiss da língua portuguesa. Versão 1.0.5., 2002.
- SAULTZ, J.W.; ALBEDAIWI, W. Interpersonal continuity of care and patient satisfaction: a critical review. **Ann Fam Med**, 2: 445-51, 2004.
- SBMFC. Discussion List. List maintained by the Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, SBMFC in Brasil. Disponível em <<http://www.grupos.com.br/mensagens/sbmfc/>>. Acesso em: 30/08/2004
- SCHRAIBER, L.B. No encontro da técnica com a ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em Medicina. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**: 01(1): 123-138, 1997.
- SEN, A. [Editorial]. Health: perception versus observation. **Br Med J**, 324: 860-61, 2002.
- SHI, L.; FORREST, C.B.; VONSHRADER, S.; NG, J. Vulnerability and the patient-practitioner relationship: the roles of gatekeeping and primary care performance. **Am J Public Health**, 93(1): 138-44, 2003.
- SHOWSTACK, J.; LURIE, N.; LARSON, E.B.; ROTHMAN, A.A.; HASMILLER, S. Primary care: the next renaissance. **Ann Intern Med**, 138: 268-72, 2003.
- SMEKE, E.L.M. **Saúde e democracia, experiência de gestão popular: um estudo de caso**. Campinas. 1989. (Tese – doutorado – Universidade Estadual de Campinas).
- SMITH, C.H.; ARMSTRONG, D. Comparison of criteria derived by government and patients for evaluating general practitioner services. **Br Med J**, 299(6697): 494-6, 1989.
- SMITH, R. In search of “non-disease”. **Br Med J**, 324: 883-85, 2002.

- SMITH, R. The screening industry. **Br Med J**, 326: 983, 2003.
- SMS- Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Protocolo de acolhimento da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, 2001. Disponível em: <http://www.campinas.sp.gov.br/saude/o_sus_cps.htm>. Acesso em 29 ago. 2004.
- SPURGEON, B. French patients will have to go through family doctors to access specialists. **Br Med J**, 328: 1278, 2004.
- STARFIELD, B; SIMBORG, D.; JOHNS, C.; HORN, S. Coordination of care and its relationship to continuity and medical records. **Med Care**, 15(11): 929-38, 1977.
- STARFIELD, B. Continuous Confusion. **Am J Public Health**, 70: 117-9, 1980.
- STARFIELD B. Is primary care.essencial? **Lancet**, 344 (8930): 1129-33, 1994a.
- STARFIELD B. Primary care. Participants or gatekeepers? **Diabetes Care**, 17: Supl 1: 12-7, 1994 b.
- STARFIELD B. Outcome of acute myocardial infarction according to the specialty of theadmitting physician. **N Engl J Med**. 336(22): 1607, 1997.
- STARFIELD B. **Primary Care**. Balancing Healyh Needs, Services, and Technology. New York: Oxford University Press, 1998. 438 p. Versão traduzida em português disponível em < <http://site.ebrary.com/lib/capes>>. Acesso em 31 jul. 2004.
- STARFIELD B. Is US health really the best in the world? **JAMA**, 284(4): 483-5, 2000.
- STARFIELD, B.; SHI, L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. **Health Policy**, 60(3): 201-18, 2002.
- STEINWACHS, D.; YAFFE, R. Acessing the timeliness of ambulatory medical care. **Am J Public Health**, 68: 547-56, 1978.
- STILLE, C.J.; PRIMACK, W.A.; SAVAGEAU, A.S. Generalist-Subspecialist communication for children with chronic conditions: a regional physician survey. **Pediatrics**, 112(6): 1314-20, 2003.
- STURMBERG, J.P. Morbity, continuity of care and general practioner workload: is there a connection? **Asia Pacific Fam Med**, 1: 12-7, 2002.
- SUCUPIRA, A.C. **Pediatria em Consultório**. 4 ed. São Paulo: SARVIER. 2000.
- SULLIVAN, P. Family medicine crisis? Field attracts smallest-ever share of residency applicants. **Can Med Assoc J**, 168(7): 881-2, 2003.

- TABENKIN, H.; GROSS, R.; BRAMMLI, S.B.A.; SHVARTZMAN, P. Patients' views of direct access to specialists: an Israeli experience. **JAMA**, 279(24): 1943-48, 1998.
- TEJADA de RIVEIRO, D.A. Alma-Ata revisited. **Magazine Pan Am Health Org**: 8(2), 2003. Disponível em: <http://paho.org/English/DD/PIN/Number17_article1_4.htm>. Acesso em 25 jul. 2004.
- TESSER, C.D.; LUZ, M.T.; CAMPOS, G.W.S. Influências da biomedicina na crise da atenção à saúde: a dicotomia entre a doença do médico e a doença do doente. In: LUZ, M.T (Org.). **Seminários de Cultura, história e política**. Questões de pesquisa e política institucional. Rio de Janeiro: UERJ, 1998, p. 3-27. Série Estudos em Saúde Coletiva, 177.
- TESTA, M. Atenção primária (ou primitiva?) de saúde. In: **Pensar em saúde**. Tradução Walkiria M. Franke Settineri. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. 324p. Título original: Pensar em Salud.
- UNGER, J.; KILLINGSWORTH, J.R. Selective primary health care: a critical review of methods and results. **Soc Sci Med**, 22(10): 1001-13, 1986.
- VIERHOUT, W.P.; KNOTTNERUS, J.A.; VAN OOIJ, A. Effectiveness of joint consultation sessions of general practitioners and orthopaedic surgeons for locomotor-system disorders. **Lancet**, 346: 990-94, 1995.
- VINKER, S.; KITAI, E.; OR, Y.; NAKAR, S. Primary care follow up of patients discharged from the emergency department: a retrospective study. **BMC Fam Practice**, 5:16, 2004.
- VLEK, J.F.; VIERHOUT, W.P.; KNOTTNERUS, J.A.; SCHMITZ, J.J.; WINTER, J.; WESSELINGH-MEGENS A.M. et al. A randomized controlled trial of joint consultations with general practitioners and cardiologists in primary care. **Br J Gen Pract**, 53(487):108-12, 2003.
- WALES is set 20 health targets. **Br Med J**, 314: 1781.
- WALRAVEN, C.V.; SETH, R.; LAUPACIS, A. Dissemination of discharge summaries. **Can Fam Physician**, 48: 737-42, 2002.
- WALSH, J.A. Selectivity within primary health care. **Soc Sci Med** 26(9): 899-902, 1988.
- WALSH, J. A.; WARREN, K. S. Selective primary health care. An interim strategy for disease control in developing countries. **N Engl J Med**, 301: 967-74, 1979.
- WARREN, K.S. The evolution of selective primary health care. **Soc Sci Med** 26(9): 891-98, 1988.

- WEBSTER, C. Something to celebrate: The BMA and the NHS. **Br Med J**, 317: 45-7, 1998.
- WEINBERG, H. The pediatric referral pattern. **Arch Pediatr Adolesc Med**, 157(10): 1033, 2003.
- WERNER, D.; SANDERS, D. **Questioning the solution**: The politics of primary health care and child survival. Health Wrights, 1997. 170 p.
- WHITCOMB, M.; COHEN, J.J. The future of primary care medicine. **N Engl J Med**, 351 (7): 710-12, 2004.
- WHITE, K.L.; WILLIAMS, B.G.; GREENBERG, B.G. The ecology of medical care. **N Engl J Med**, 265: 885-92, 1961.
- WISNER, B. Gobi versus PHC? Some dangers of selective primary health care. **Soc Sci Med** 26(9): 963-9, 1988.
- WONCA, World Organization of Family Doctors. The European Definition of General Practice / Family Medicine. WONCA Europe, 2002. Disponível em: <<http://www.globalfamilydoctor.com/>>. Acesso em 31 jul. 2004. Tradução portuguesa disponível em <<http://www.sbmfc.org.br/site/bib/art-1.html>> Acesso em 31 jul. 2004.
- YARNALL, K.S.H.; POLLAK, K.I.; ØSTBYE, T.; KRAUSE, K.M.; MICHENER, J.L. Primary Care: Is There Enough Time for Prevention? **Am J Pub Health**, 93: 635-41, 2003.
- ZANOLLI, M.L. **A atenção à saúde da criança em Paulínia: um campo de prática da pediatria social**. Campinas. 1999. (Tese – doutorado – Universidade Estadual de Campinas).
- ZIMERMAN, D.E. **Fundamentos básicos das grupoterapias**. Porto Alegre: Ed. ARTMED, 1999. 248 p.

XII. Anexos

XII.1. Anexo 1

Termo de consentimento livre e esclarecido para pesquisas com seres humanos

Projeto de mestrado: Avaliação do sistema de referência e contra-referência em pediatria no Sistema Único de Saúde de Campinas.

Pesquisador: Guilherme Arantes Mello.

Nome do **entrevistado** na pesquisa _____

RG _____ Data de Nascimento ____/____/____

End _____

Prezado Sr (a);

Acredita-se que a melhor forma de funcionamento do Sistema de Saúde é aquela onde o paciente é atendido primeiramente no centro de saúde e, a partir de outras necessidades, é encaminhado para serviços mais especializados. Acontece que nem sempre isto ocorre. Muitas vezes um paciente é atendido no centro de saúde, no ambulatório de um hospital universitário e no Pronto-Socorro pelas mesmas queixas. Nem sempre um serviço tem conhecimento do atendimento e exames realizados noutro local, como deveria ocorrer.

Este trabalho tem a finalidade de estudar como os diversos serviços se comunicam entre si na área de saúde da criança, e o que as pessoas envolvidas pensam a respeito desta comunicação e das relações desenvolvidas entre os serviços.

Para isto, serão realizadas entrevistas com alguns profissionais de saúde. Estas entrevistas serão gravadas, transcritas em papel e depois resumidas em seus principais pontos para serem usadas no texto do trabalho. Ao final será entregue ao entrevistado para que ele confirme que as informações resumidas correspondem verdadeiramente à sua opinião ou faça possíveis correções.

O entrevistado terá, a qualquer hora, esclarecimento de qualquer dúvida acerca de assuntos relacionados com a pesquisa, bem como poderá deixar de participar em qualquer momento desta.

Será mantido sigilo absoluto e caráter confidencial das informações, zelando pela privacidade do entrevistado e garantindo que sua identificação não será exposta nas conclusões ou publicações.

Dr. Guilherme Arantes Mello. (telefone: 3788-8858)

Comitê de Ética da Unicamp. (telefone: 3788-8936)

Data e assinatura do entrevistado:

XII.2. Anexo 2

Termo de consentimento livre e esclarecido para pesquisas com seres humanos

Projeto de mestrado: Avaliação do sistema de referência e contra-referência em pediatria no Sistema Único de Saúde de Campinas.

Pesquisador: Guilherme Arantes Mello.

Nome do Gestor _____

Cargo _____

Prezado Sr (a) Gestor (a),

Acredita-se que a melhor forma de funcionamento do Sistema de Saúde é aquela onde o paciente é atendido primeiramente no centro de saúde e, em casos mais complexos, referenciados para especialidades. Muitas vezes, entretanto, um paciente é atendido no centro de saúde, no ambulatório de um hospital universitário e no Pronto-Socorro pelas mesmas queixas. Nem sempre o serviço tem conhecimento do atendimento e exames realizados noutro local, como deveria ocorrer.

Este trabalho tem a finalidade de estudar como os diversos serviços se comunicam entre si na área de saúde da criança, e o que as pessoas envolvidas pensam a respeito desta comunicação e das relações desenvolvidas entre os serviços.

Este estudo tem como objetivo realizar um diagnóstico operacional do fluxo de informações dentro do sistema de saúde. Serão analisados o planejamento das ações de continuidade e coordenação do cuidado no sistema, e os mecanismos de comunicação formais entre o nível primário e especialidades. O funcionamento do sistema de referência e contra-referência será feito através da avaliação dos encaminhamentos bem como as respostas geradas nas especialidades. Para isto, será necessário permissão ao acesso e revisão destes documentos, bem como dos prontuários envolvidos. Em outro segmento do estudo serão realizadas entrevistas com pediatras sobre este tema.

O gestor ou profissional envolvido terá, a qualquer hora, esclarecimento de qualquer dúvida acerca de assuntos relacionados com a pesquisa, bem como poderá deixar de participar em qualquer momento desta.

Será mantidos o sigilo absoluto e o caráter confidencial das informações, zelando pela privacidade dos profissionais e pacientes, e garantindo que sua identificação não será exposta nas conclusões ou publicações.

Dr. Guilherme Arantes Mello. (telefone: 3788-8858)

Comitê de Ética da Unicamp. (telefone: 3788-8936)

Data e assinatura do Gestor: