

ASPECTOS INSTITUCIONAIS, DO EMPREGO E DA
ATIVIDADE DO MÉDICO NA ATENÇÃO À SAÚDE
DA FAMÍLIA NO DISTRITO FEDERAL:

ESTUDO DE CASO NOS SETORES PÚBLICO E PRIVADO



Universidade de Brasília
Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares
Núcleo de Estudos de Saúde Pública
Observatório de Recursos Humanos em Saúde

ASPECTOS INSTITUCIONAIS, DO EMPREGO E DA ATIVIDADE DO MÉDICO NA ATENÇÃO À SAÚDE DA FAMÍLIA NO DISTRITO FEDERAL:

ESTUDO DE CASO NOS SETORES PÚBLICO E PRIVADO

José Paranaguá de Santana (Coord.)
Sérgio Francisco Piola
Solon Magalhães Vianna
Valdemar de Almeida Rodrigues
Zuleide do Valle Oliveira Ramos

Brasília, 2010

© Núcleo de Estudos de Saúde Pública, 2010

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução total ou parcial desta obra, desde que seja citada a fonte e não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Coordenação geral:

José Paranaçu de Santana

Coordenação executiva:

Sérgio Francisco Piola

Solon Magalhães Vianna

Valdemar de Almeida Rodrigues

Zuleide do Valle Oliveira Ramos

Assistente de pesquisa:

Renata França Noiar

Estatístico:

Raucélio Coelho Cardoch Valdes

Normalização:

Fábio Lima Cordeiro

Projeto gráfico e editoração:

Cristina Gomide e Priscilla Campos

Impressão:

Organização Pan-Americana da Saúde - Representação no Brasil

Esse material integra os estudos e atividades do Plano Diretor 2006. Faz parte da produção do Observatório de Recursos Humanos em Saúde (NESP/CEAM/UnB), que conta com patrocínio do programa de cooperação OPAS/Ministério da Saúde. Pode ser encontrado no sítio web: <http://www.observarh.org.br/nesp>.

Contribuições e sugestões podem ser enviadas para:

Observatório de Recursos Humanos em Saúde – ObservaRH

Núcleo de Estudos de Saúde Pública – NESP

SCLN 406, Bloco A, Sala 202, Asa Norte, Brasília-DF

CEP 70847-510

Telefax: (61) 3340 6863/3349 9884

E-mail: observarh.unb@observarh.org.br

Ficha Catalográfica

Santana, José Paranaçu de (Coord.)

Aspectos institucionais do emprego e da atividade do médico na atenção à saúde da família no Distrito Federal: estudo de caso nos setores público e privado / José Paranaçu de Santana et. al. – Brasília: UnB/CEAM/NESP/ObservaRH, 2010. (Série Observação, 1)

192p.: tabelas.

1. Atenção Primária à Saúde 2. Programa Saúde da Família 3. Equipe de Saúde da Família 4. Papel do Médico 5. Recursos Humanos em Saúde 6. Ocupações em Saúde 7. Distrito Federal I. Título II. Piola, Sérgio Francisco III. Vianna, Solon Magalhães IV. ObservaRHV. Núcleo de Estudos em Saúde Pública.

CDU: 614-058.8

ISBN: 978-85-7967-027-5

SUMÁRIO

SOBRE OS AUTORES	7
AGRADECIMENTOS.....	9
APRESENTAÇÃO.....	11
LISTA DE TABELAS.....	13
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	23
INTRODUÇÃO	25
PRIMEIRA PARTE: A ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE EM DIFERENTES CONTEXTOS.....	29
1. A Experiência Brasileira.....	31
2. O Modelo Inglês.....	41
3. Contexto Geral do Médico de Família em Cuba.....	45
4. O Médico no Contexto da Atenção à Saúde da Família.....	48
SEGUNDA PARTE: ATENÇÃO PRIMÁRIA E SAÚDE DA FAMÍLIA NO DISTRITO FEDERAL ..	53
5. O Sistema Público de Saúde do DF: Origem e Evolução.....	55
6. Atenção Primária à Saúde no DF	60
6.1. Projeto Planaltina (1975-1978)	61
6.2. Plano de Assistência à Saúde no Distrito Federal	64
7. Saúde da Família no Setor Público: As Propostas da SES/DF	69
7.1. Saúde em Casa.....	69
7.2. Saúde da Família	71
7.3. Família Saudável	72
8. Saúde da Família no Setor Privado: o Plano de Saúde da CASSI/DF	75
8.1. Uma Mudança de Paradigma.....	77
8.2. A Estratégia Saúde da Família.....	79
TERCEIRA PARTE: ASPECTOS INSTITUCIONAIS DO EMPREGO E DA ATIVIDADE DO MÉDI-	
CO NA ATENÇÃO À SAÚDE DA FAMÍLIA NO DISTRITO FEDERAL: ESTUDO DE CASO NOS	
SETORES PÚBLICO E PRIVADO.....	83
9. Antecedentes e Objetivos	85

10. Metodologia	87
Etapas desenvolvidas	88
11. Resultados	93
11.1. Perfil Sócio-Profissional – Bloco I do questionário preenchido pelos médicos	94
11.1.1. Capacitação Prévia	124
11.1.2. Capacitação após o ingresso nos programas.....	125
11.1.3. Experiência Profissional	127
11.1.4. Experiência em outros programas de saúde da família.....	130
11.1.5. Exercício de outra atividade médica além do Programa	132
11.1.6. Distribuição Percentual Média de diferentes fontes na renda dos médicos	135
11.2. Atuação em Equipe – Bloco II do questionário respondido pelos médicos.....	137
11.2.1. Atuação com demais integrantes da equipe	138
11.2.2. Participação no atendimento a grupos de clientela	141
11.2.3. Sistemática de reuniões e coordenação da equipe	143
11.2.4. Estratégia de programação de atividades da equipe	148
11.2.5. Supervisão Médica	149
11.2.6. Reuniões de supervisão do nível central	150
11.2.7. Fatores que influenciam no trabalho	152
11.3. Interação com a Rede de Serviços – Bloco III do questionário preenchido pelos médicos	155
11.4. Conhecimentos sobre a População – Bloco IV do questionário preenchido pelos médicos	164
11.4.1. Conhecimento dos problemas de saúde e dos fatores de risco mais importantes.....	164
11.4.2. Participação na elaboração do diagnóstico.....	165
11.4.3. Clientela atendida na unidade de saúde e preferências no atendimento.....	166
REFERÊNCIAS	171
ANEXOS	175
ANEXO A – QUESTIONÁRIO	177
ANEXO B – ROTEIRO INSTITUCIONAL	189
ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA SES/DF	191

SOBRE OS AUTORES

JOSÉ PARANAGUÁ DE SANTANA

Médico (1974), especialista em Saúde Comunitária (1975), mestre em Medicina Tropical (1980). Doutorando em Ciências da Saúde/Bioética na Universidade de Brasília. Servidor público do quadro da Fundação Oswaldo Cruz/Ministério da Saúde, cedido para a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS) na Representação do Brasil, no cargo de funcionário civil internacional com a função de coordenador do Termo de Cooperação N° 41 - Programa de Cooperação Internacional em Saúde. Pesquisador associado do Núcleo de Estudos de Saúde Pública do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares da Universidade de Brasília.

SÉRGIO FRANCISCO PIOLA

Médico, Especialista em Saúde Pública e em Elaboração e Análise de Projetos, Coordenador da Área de Saúde da Diretoria de Estudos Sociais do Ipea, Pesquisador do Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Núcleo de Estudos de Saúde Pública do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares da Universidade de Brasília.

SOLON MAGALHÃES VIANNA

Odontólogo, Sanitarista, Livre Docente (Saúde Pública), Especialista em Planejamento de Saúde, Pesquisador do Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Núcleo de Estudos de Saúde Pública do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares da Universidade de Brasília.

VALDEMAR DE ALMEIDA RODRIGUES

Enfermeiro, mestrando em Desenvolvimento e Políticas Públicas (Ensp/Fiocruz e Ipea), especialista em Saúde Coletiva e em Políticas de RH para a Gestão do SUS. Servidor da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito

Federal e pesquisador assistente do Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Núcleo de Estudos de Saúde Pública do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares da Universidade de Brasília.

ZULEIDE DO VALLE OLIVEIRA RAMOS

Bacharel em Pedagogia pela Universidade de São Paulo e licenciada em Filosofia e Psicologia da Educação/USP. Especialista em Saúde Pública/ENSP; Planejamento em Saúde/FGV. Colaboradora do Observatório de Recursos Humanos em Saúde (1999) do Núcleo de Estudos de Saúde Pública (desde 1994) da Universidade de Brasília, tendo atuado no Ministério da Saúde (1981 a 1998 e em 2004, nas áreas de planejamento, controle social, ciência- tecnologia e recursos humanos), na Secretaria do Bem Estar Social/SP (1970-1981, como coordenadora regional e pesquisadora na área social) e USP (1970-1971, ensino).

AGRADECIMENTOS

A realização das entrevistas com os médicos que atuam em saúde da família no Distrito Federal contou com o apoio da Secretaria de Estado da Saúde e da Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI). Externamos nossos agradecimentos aos dirigentes dessas instituições, aos médicos que participaram da pesquisa e às equipes de coordenação dos programas da CASSI e da Secretaria, incluindo a gerência do programa Família Saudável da Fundação Zerbini no DF.



APRESENTAÇÃO

A caracterização do processo de trabalho é a chave para compreender e organizar a produção de bens e serviços em diferentes contextos sociais. Desvendar a natureza dos agentes que participam dessa produção e das relações que estabelecem entre si nesses diferentes contextos são passos indispensáveis para a introdução de inovações ou reorientações no processo produtivo. No caso dos serviços de saúde, cuja operação depende essencialmente da contribuição humana, essa premissa adquire ainda maior significado. Levando em conta tal pressuposto, o Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Núcleo de Estudos de Saúde Pública do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinar da Universidade de Brasília (ObservaRH/NESP/CEAM/UnB) adotou como linha de investigação o tema do processo de trabalho no contexto da atenção à saúde da família, visando contribuir para o fortalecimento dessa estratégia que foi adotada pelo sistema de saúde brasileiro – o Sistema Único de Saúde (SUS) – como eixo para a mudança no processo de produção dos serviços desse setor no País.

A equipe de pesquisa do Observatório de Recursos Humanos em Saúde da UnB já realizou estudos e publicações anteriores bem como iniciativas de capacitação enfocando aspectos desse objeto da investigação e intervenção nos serviços de saúde. A inclusão desse tema a partir de 2004 visou sistematizar esse esforço de investigação e cooperação técnica, mediante a formulação de projetos específicos a serem desenvolvidos nos anos subsequentes. O propósito dessa linha de trabalho é compor paulatinamente um repertório de informações, análises e recomendações à disposição dos diferentes atores interessados nos desdobramentos e na avaliação prospectiva de atenção primária em saúde, particularmente no tocante ao processo de trabalho da equipe de saúde da família.

Mais que a apresentação do relatório final de uma pesquisa patrocinada pelo Ministério da Saúde e pela OPAS, essa publicação expressa um convite à reflexão coletiva sobre um tema de interesse fundamental para a saúde pública no Brasil e, quiçá, para todos os países que adotam o ideário da saúde como direito de cidadania e dever do Estado. O Observatório de Recursos Humanos em Saúde da UnB está firmemente empenhado em promover oportunidades para concretizar essas reflexões compartilhadas com gestores e pesquisadores em diversas partes do Brasil e com grupos de interesse em outros países. A promoção desse intercâmbio no Distrito Federal inclui a participação de representantes das instituições pública e privada envolvidas na pesquisa, entidades profissionais, escolas de ciências da saúde e outros atores interessados no tema. Mas o intento é também o desdobramento da promoção de debates nas capitais onde ocorre a replicação da pesquisa, bem como em iniciativas colaborativas com outras estações de trabalho da Rede ObservaRH. No contexto internacional, já foram estabelecidas negociações para incluir esse item na pauta de reuniões com os observatórios de recursos humanos em saúde da Região Andina.

Esse esforço cooperativo se refletirá, certamente, no avanço para uma melhor compreensão do tema e na adoção de inovações na gestão de recursos humanos nos serviços de saúde. Quiçá avancemos também no aprendizado de uma prática almejada pelas redes colaborativas citadas anteriormente, em seus respectivos campos temáticos, o desenvolvimento de inteligência coletiva¹.

JOSÉ PARANAGUÁ DE SANTANA

Coordenador Geral da Pesquisa

ROBERTO PASSOS NOGUEIRA

Coordenador do ObservaRH/NESP/CEAM/UnB

1 Aqui nos referimos aos conceitos e desafios cognitivos propostos por Lèvy (1993), particularmente na exposição introdutória – Face à Técnica – de seu livro *As Tecnologias da Inteligência*.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Distrito Federal: Número de médicos da ESF da CASSI e do PFS da SES por sexo e instituição – 2005.....	94
TABELA 2	Distrito Federal: Distribuição dos médicos da ESF da CASSI/DF e do PFS da SES/DF por faixa etária e instituição - 2005.....	95
TABELA 3	Distrito Federal: Distribuição dos médicos da ESF da CASSI/DF e do PFS da SES/DF por estado civil e instituição - 2005.....	96
TABELA 4	Distrito Federal: Estatísticas descritivas da idade dos médicos da ESF da CASSI e do PFS da SES por instituição - 2005.	96
TABELA 5	Distrito Federal: Distribuição dos médicos da ESF da CASSI/DF e do PFS da SES/DF por sexo e faixa etária - 2005.....	97
TABELA 6	Distrito Federal: Distribuição dos médicos da ESF da CASSI/DF e do PFS da SES/DF por tempo (em anos) de graduação – 2005. ..	98
TABELA 7	Distrito Federal: Estatísticas descritivas do tempo (em anos) de graduação dos médicos da ESF da CASSI/DF e do PFS da SES/DF, por instituição – 2005.	98
TABELA 8	Distrito Federal: Distribuição dos médicos da ESF da CASSI/DF e do PFS da SES/DF por Estado onde se graduou – 2005.....	99
TABELA 9	Relação das Instituições de Graduação - 2005.	100
TABELA 10	Distrito Federal: Distribuição dos médicos atuando na área de saúde família na ESF da CASSI e no PFS da SES com pós-graduação estrito senso, por faixa etária e grau acadêmico da titulação - 2005.	102
TABELA 11	Distrito Federal: Distribuição dos médicos da ESF da CASSI/DF e do PFS da SES/DF com pós-graduação estrito senso por titulação e sexo - 2005.....	102

TABELA 12	Distrito Federal: Distribuição do número de médicos do PSF da CASSI/DF e do PFS da SES/DF com pós-graduação estrito senso por especialidade e sexo - 2005.	103
TABELA 13	Distrito Federal: Distribuição do número de médicos da ESF da CASSI/DF e do PFS da SES/DF com pós-graduação estrito senso por Estado, onde obteve a titulação - 2005.....	103
TABELA 14	Distrito Federal: Distribuição dos médicos da ESF da CASSI/DF e do PFS da SES/DF com pós-graduação estrito senso, por sexo e ano de obtenção do título - 2005.	104
TABELA 15	Distrito Federal: Distribuição dos médicos da ESF da CASSI/DF e do PFS da SES/DF com e sem residência médica, por faixa etária - 2005.....	105
TABELA 16	Distrito Federal: Número de médicos com Residência, por tempo (em anos) de conclusão dessa modalidade de especialização e sexo - 2005.....	106
TABELA 17	Distrito Federal: Distribuição dos médicos da ESF da CASSI/DF e do PFS da SES/DF com residência médica por especialidade e sexo - 2005.....	106
TABELA 18	Distrito Federal: Número de médicos da ESF da CASSI e do PFS da SES com residência médica por instituição - 2005.....	107
TABELA 19	Distrito Federal: Distribuição dos médicos da ESF da CASSI/DF e do PFS da SES/DF com Residência Médica, por Estado/Região onde realizaram o curso - 2005.	107
TABELA 20	Distrito Federal: Distribuição dos médicos da ESF da CASSI/DF e da SES/PFS com ou sem especialização, por faixa etária – 2005.....	109
TABELA 21	Distrito Federal: Número de médicos da ESF da CASSI/DF e da SES/PFS com curso de especialização, em anos de conclusão do curso e sexo – 2005.	109
TABELA 22	Distrito Federal: Distribuição dos médicos da ESF da CASSI/DF e da SES (PFS) por tipo de curso de especialização realizado e sexo - 2005.....	110

TABELA 23	Distrito Federal: Distribuição dos médicos da CASSI/ (ESF) e da SES (PFS) por instituição e quantidade de especialidades em que se consideram especialistas independente da posse de titulação - 2005.....	110
TABELA 24	Distrito Federal: Distribuição dos médicos da CASSI/ (ESF) e da SES (PFS) por instituição e área em que se consideram especialistas independente da posse de titulação - 2005.....	111
TABELA 25	Distrito Federal: Médicos por Instituição e total, com um Vínculo, com 2, com mais de 2 e sem vínculo – 2005.	113
TABELA 26	Distrito Federal: Número de vínculos associativos citados pelos médicos da ESF da CASSI e do PFS da SES por instituição e tipo de vínculo - 2005	114
TABELA 27	Distrito Federal: Distribuição dos médicos da ESF da CASSI e do PFS da SES, por instituição e número de vínculos associativos – 2005.....	114
TABELA 28	Distrito Federal: Numero de médicos da ESF da CASSI e do PFS da SES, por sexo e quantidade de vínculos associativos – 2005.....	115
TABELA 29	Distrito Federal: Distribuição dos médicos da ESF da CASSI e do PFS da SES por faixa etária e numero de vínculos associativos – 2005.....	115
TABELA 30	Distrito Federal: Distribuição, por instituição, dos médicos da CASSI (ESF) e da SES (PFS) por tempo de residência no DF - 2005.....	116
TABELA 31	Distrito Federal : Distribuição dos médicos da ESF (CASSI) e do PFS (SES)por faixa etária e tempo de residência em anos na capital - 2005.....	117
TABELA 32	Distrito Federal: Distribuição dos médicos da CASSI (ESF) e da SES (PSF) por local de residência e instituição - 2005.....	118
TABELA 33	Distrito Federal: Distribuição por sexo dos médicos da CASSI (ESF) e da SES (PFS) moradores na mesma localidade em que atuam - 2005	119

TABELA 34	Distrito Federal: Distribuição dos médicos da CASSI (ESF) e da SES (PFS) por 10.000 habitantes segundo local de atuação e instituição - 2005	120
QUADRO:	Estimativa retirada do TER de janeiro de 2006 :.....	121
TABELA 35	Distrito Federal: Distribuição dos médicos da CASSI (ESF) e da SES (PFS) por local de atuação e instituição - 2005.....	122
TABELA 36	Distrito Federal: Distribuição, por sexo, dos médicos da CASSI (ESF) e da SES (PFS) conforme a característica da população que atendem - 2005.....	123
TABELA 37	Distrito Federal: Percentual médio do tempo dedicado, semanalmente pelos médicos da ESF da CASSI e do PFS da SES a cada atividade segundo o sexo do profissional - 2005.....	124
TABELA 38	Distrito Federal: Médicos que receberam capacitação em saúde da família antes de ingressar na Estratégia de Saúde da Família (CASSI) e no Família Saudável (SES/DF) - 2005.....	125
TABELA 39	Distrito Federal: Carga horária dos cursos de capacitação em saúde da família, anteriores ao ingresso na Estratégia de Saúde da Família (CASSI) e no Programa Família Saudável (SES/DF) - 2005.....	125
TABELA 40	Distrito Federal - Médicos que receberam capacitação em saúde da família após ingressarem na Estratégia de Saúde da Família (CASSI) e no Programa Família Saudável (SES/DF) - 2005.....	127
TABELA 41	Distrito Federal: Carga horária dos cursos de capacitação realizados por médicos após ingresso na Estratégia Saúde da Família (CASSI/DF) e no Programa Família Saudável (SES/DF) - 2005.....	127
TABELA 42	Distrito Federal: Experiência médica anterior dos médicos da Estratégia Saúde da Família (CASSI/DF) e do Programa Família Saudável (SES/DF) - 2005.	128

TABELA 43	Distrito Federal: Distribuição do tipo de atividade profissional médica anterior Experiência profissional dos médicos da Estratégia Saúde da Família (CASSI/DF) e Programa Família Saudável (SES/DF), segundo setor de atuação e tipo de atividade – 2005.....	129
TABELA 44	Distrito Federal: Experiência profissional média, em anos, dos médicos da Estratégia Saúde da Família (CASSI/DF) e Programa Família Saudável (SES/DF), segundo setor de atuação – 2005. .	129
TABELA 45	Distrito Federal: Médicos da Estratégia Saúde da Família (CASSI/DF) e do Programa Família Saudável (SES/DF) que possuem experiência em outros programas de saúde da família - 2005. .	130
TABELA 46	Distrito Federal: Estatísticas descritivas do número de anos de atuação em outros programas de saúde da família dos médicos da Estratégia Saúde da Família (CASSI/DF) e do Programa Família Saudável (SES/DF) – 2005.	131
TABELA 47	Distrito Federal: Municípios citados como locais de experiência anterior em saúde da família, pelo total de médicos da Estratégia Saúde da Família (CASSI/DF) e do Programa Família Saudável (SES/DF) que indicaram experiência anterior nesse programa – 2005.....	131
TABELA 48	Distrito Federal: Distribuição dos médicos da Estratégia Saúde da Família (CASSI/DF) e do Programa Família Saudável (SES/DF) que exercem outra atividade médica - 2005.....	133
TABELA 49	Distrito Federal: Distribuição dos médicos da Estratégia Saúde da Família (CASSI/DF) e Programa Família Saudável (SES/DF) que exercem outra atividade médica, por setor - 2005.	133
TABELA 50	Distrito Federal: Distribuição percentual do tipo de atividade profissional complementar dos médicos da Estratégia Saúde da Família (CASSI/DF) e do Programa Família Saudável (SES/DF), segundo setor de atuação e tipo de atividade - 2005.....	134
TABELA 51	Distrito Federal: carga horária semanal média da atividade médica, além do programa, dos médicos da Estratégia Saúde da Família (CASSI/DF) e do Programa Família Saudável (SES/DF) por setor de atuação e tipo de atividade - 2005.....	134

TABELA 52	Distrito Federal: Local do exercício de outra atividade médica dos médicos da Estratégia Saúde da Família (CASSI/DF) e Programa Família Saudável (SES/DF) - 2005.....	135
TABELA 53	Distrito Federal: Número de fontes de renda na remuneração dos médicos da Estratégia Saúde da Família (CASSI/DF) e do Programa Família Saudável (SES/DF) - 2005	136
TABELA 54	Distrito Federal: Participação percentual média de diferentes das fontes de renda na remuneração dos médicos da Estratégia Saúde da Família (CASSI/DF) e do Programa Família Saudável (SES/DF) – 2005.....	136
TABELA 55	Distrito Federal: Frequência com que os médicos da Estratégia de Saúde da Família da CASSI e do Família Saudável da SES solicitam a colaboração de outros integrantes da equipe, por instituição - 2005.	139
TABELA 56	Distrito Federal: Frequência com que os médicos da Estratégia de Saúde da Família da CASSI e do Família Saudável da SES são solicitados por outros integrantes da equipe, por instituição - 2005.....	139
TABELA 57	Distrito Federal: Frequência com que os médicos da Estratégia de Saúde da Família da CASSI e do Família Saudável da SES atuam com outros integrantes da equipe, por atividade - 2005.	140
TABELA 58	Distrito Federal: Frequência com que os médicos da Estratégia de Saúde da Família da CASSI atuam com outros integrantes da equipe, por atividade - 2005.	141
TABELA 59	Distrito Federal: Frequência com que os médicos da Estratégia de Saúde da Família da SES atuam com outros integrantes da equipe, por atividade - 2005.....	141
TABELA 60	Distrito Federal: Grupos de clientela dos quais o médico da Estratégia de Saúde da Família da CASSI e do Família Saudável da SES participa do atendimento, citações por instituição - 2005.	143

TABELA 61	Distrito Federal: Periodicidade com que a equipe da Estratégia de Saúde da Família da CASSI e do Família Saudável da SES, se reúne, por instituição - 2005.....	144
TABELA 62	Distrito Federal: Duração das reuniões das equipes da Estratégia de Saúde da Família da CASSI e do Família Saudável da SES, por instituição - 2005.	144
TABELA 63	Distrito Federal: Citações de profissionais que coordenam as reuniões da Estratégia de Saúde da Família da CASSI e do Família Saudável da SES, por instituição - 2005.	145
TABELA 64	Distrito Federal: Contribuição das reuniões para a maior eficiência do trabalho da equipe da Estratégia de Saúde da Família da CASSI e do Família Saudável da SES - 2005.....	146
TABELA 65	Distrito Federal: Freqüência com que os médicos da Estratégia de Saúde da Família da CASSI e do Família Saudável da SES participam das reuniões, por instituição - 2005.....	146
TABELA 66	Distrito Federal: Distribuição de médicos da Estratégia de Saúde da Família da CASSI e do Família Saudável da SES, que exercem, formal ou informalmente, a coordenação da equipe, por instituição - 2005.	147
TABELA 67	Distrito Federal: Distribuição de médicos da Estratégia de Saúde da Família da CASSI e do Família Saudável da SES, que já exerceram a coordenação da equipe, por instituição - 2005.	148
TABELA 68	Distrito Federal: Estratégia de elaboração da programação de atividades, citações por instituição, pelos médicos da Estratégia de Saúde da Família da CASSI e do Família Saudável da SES-2005.....	149
TABELA 69	Distrito Federal: Recebimento de alguma supervisão médica no desenvolvimento das atividades do médico da Estratégia de Saúde da Família da CASSI e do Família Saudável da SES, por instituição -2005.	150
TABELA 70	Distrito Federal: Recebimento de supervisão do nível central pela equipe da Estratégia de Saúde da Família da CASSI e do Família Saudável da SES, por instituição 2005.	151

TABELA 71	Distrito Federal: Periodicidade da supervisão do nível central na equipe da Estratégia de Saúde da Família da CASSI e do Família Saudável da SES, por instituição - 2005.	152
TABELA 72	Distrito Federal: Importância atribuída pelos médicos da Estratégia de Saúde da Família da CASSI e do Família Saudável da SES, a fatores que podem melhorar os resultados do programa- 2005.	153
TABELA 73	Distrito Federal: Importância atribuída pelos médicos da Estratégia de Saúde da Família da CASSI, a fatores que podem melhorar os resultados do programa - 2005.	154
TABELA 74	Distrito Federal: Importância atribuída pelos médicos da Estratégia Família Saudável da SES, a fatores que podem melhorar os resultados do programa - 2005.	154
TABELA 75	Distrito Federal: Distribuição de médicos da Estratégia de Saúde da Família da CASSI e do Família Saudável da SES, que procuram a opinião de especialista, por instituição - 2005.	155
TABELA 76	Distrito Federal: Meios oferecidos pelo programa Família Saudável da SES e pela Estratégia de Saúde da Família da CASSI para buscar a opinião de especialista, conforme citações por instituição - 2005.	156
TABELA 77	Distrito Federal: Meios mais utilizados pelos médicos da Estratégia de Saúde da Família da CASSI e do Família Saudável da SES, para buscar a opinião de especialista, citações por instituição - 2005.	157
TABELA 78	Distrito Federal: Frequência com que os médicos da Estratégia Saúde da Família da CASSI referem o encaminhamento para as especialidades - 2005.	159
TABELA 79	Distrito Federal: Frequência com que os médicos do Programa Família Saudável da SES referem o encaminhamento para as especialidades - 2005.	160
TABELA 80	Distrito Federal: Distribuição de médicos da Estratégia de Saúde da Família da CASSI e do Família Saudável da SES, por percentual de pacientes que refere e instituição - 2005.	161

TABELA 81	Distrito Federal: Recebimento de retorno do especialista ao qual o médico da Estratégia de Saúde da Família da CASSI e do Família Saudável da SES encaminhou paciente, por instituição - 2005.	162
TABELA 82	Distrito Federal: Opinião dos médicos da Estratégia de Saúde da Família da CASSI e do Família Saudável da SES, sobre o funcionamento dos mecanismos de referência, por instituição - 2005.	163
TABELA 83	Distrito Federal: Opinião dos médicos da Estratégia de Saúde da Família da CASSI e do Família Saudável da SES, sobre o funcionamento dos mecanismos de contra-referência, por instituição - 2005.	164
TABELA 84	Distrito Federal: Acesso a diagnóstico dos problemas de saúde e dos fatores de risco da área de atuação por parte dos médicos da Estratégia Saúde da Família (CASSI/DF) e do Programa Família Saudável (SES/DF) - 2005.....	165
TABELA 85	Distrito Federal: Participação dos médicos da Estratégia Saúde da Família (CASSI/DF) e do Programa Família Saudável (SES/DF) na elaboração de diagnóstico dos problemas de saúde e fatores de risco na área de atuação - 2005.	165
TABELA 86	Distrito Federal: Estimativa do percentual da população atendida no consultório da unidade, por grupo etário, entre os profissionais médicos da Estratégia Saúde da Família (CASSI/DF) e do Programa Família Saudável (SES/DF) - 2005.....	167
TABELA 87	Distrito Federal: Médicos da Estratégia Saúde da Família (CASSI/DF) e do Programa Família Saudável (SES/DF) que declararam ter preferência no atendimento de determinado grupo populacional - 2005.....	168
TABELA 88	Distrito Federal: Ordenamento das preferências de atendimento em relação a grupos etários entre os profissionais médicos da Estratégia Saúde da Família (CASSI;/DF) e do Programa Família Saudável (SES/DF) - 2005.....	168

TABELA 89	Distrito Federal: Ordenamento das preferências em relação a diferentes atividades por parte dos profissionais médicos da Estratégia Saúde da Família (CASSI/DF) e do Programa Família Saudável (SES/DF) – 2005.	169
-----------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS/MS	Biblioteca Virtual em Saúde/Ministério da Saúde
CASSI	Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil
CEAM	Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares
DF	Distrito Federal
EUA	Estados Unidos da América
FHDF	Fundação Hospitalar do Distrito Federal
FS	Faculdade de Ciências da Saúde da UnB (FS/UnB)
FSESP	Fundação Serviços de Saúde Pública
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
GP	General Practitioner
IAPB	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Bancários
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
NESP	Núcleo de Estudos de Saúde Pública
NHS	National Health Service
ObservaRH	Observatório de Recursos Humanos
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programas de Agentes Comunitários de Saúde
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PSF	Programa Saúde da Família
SAMDU	Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SPT	Saúde Para Todos

SUCAM	Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
SUS	Sistema Único de Saúde
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UISS	Unidade Integrada de Saúde de Sobradinho UNICEF
UnB	Universidade de Brasília

INTRODUÇÃO

Esta publicação apresenta os resultados do primeiro projeto dessa linha de investigação, integrante do Plano Diretor 2004², sobre Aspectos Institucionais, do Emprego e da Atividade do Médico na Atenção à Saúde da Família no Distrito Federal: Estudo de Caso nos Setores Público e Privado. Etapas seguintes dessa linha de pesquisa iniciada em 2005 no DF foram estudos similares em outras localidades do País³.

O trabalho se compõe de onze capítulos agrupados em três partes. Os três primeiros capítulos abordam o temas da atenção básica à saúde em diferentes contextos, caracterizando a experiência brasileira e ressaltando alguns aspectos do modelo inglês com seu GP – general practitioner – e do médico de família de Cuba. O foco dessa abordagem é a evolução histórica que resultou na formulação do modelo brasileiro de atenção primária à saúde (APS), designado pelo termo Estratégia de Saúde da Família e que responde pela sigla PSF. A denominação inicial de Programa de Saúde da Família, embora ultrapassada no que diz respeito à dimensão programática contida na expressão batismal, não pode ser abandonada pois se transformou numa alcunha insubstituível pela seu poder de comunicação e reconhecimento social. A despeito de sua originalidade sob várias perspectivas, é uma proposta carregada de forte influencia internacional, em especial os significados ideológicos e os conteúdos programáticos con-

- 2 O plano diretor é o instrumento de cooperação técnica firmado entre as estações de trabalho da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde - www.observarh.org.br -, a OPAS e o Ministério da Saúde, onde constam os projetos de investigação a serem desenvolvidos, especificando os respectivos produtos e contrapartidas financeiras. Os resultados das investigações, na forma de relatórios, bancos de dados e documentos técnicos, são publicados nos sítios Web de cada Observatório e outros meios de divulgação, sendo considerados bens de domínio e utilidade públicos.
- 3 Estudos similares foram iniciados em 2006 em Campo Grande, Cuiabá, Goiânia e Palmas. Na etapa seguinte foram incluídos os municípios de Belém, Boa Vista, Manaus e Rio Branco, mediante projeto coordenado pelo próprio Observatório de Recursos Humanos em Saúde da UnB. Em outras duas capitais - Natal e São Paulo - realizam-se estudos semelhantes em ação colaborativa com os observatórios da UFRN e da SES/SP.

substanciados nas duas experiências que lhe foram anteriores e que se estabeleceram como paradigmas nos respectivos países: a rede de consultórios do GP na Inglaterra e os postos de saúde do médico de família em Cuba. Essa parte se encerra no quarto capítulo, com uma discussão sobre a importância da contextualização do papel do médico que alicerça a compreensão do temário da linha de pesquisa e, mais especificamente, do relatório desse estudo de caso sobre o médico no contexto do PSF no Distrito Federal.

Os quatro capítulos seguintes focalizam a atenção básica no Distrito Federal, buscando caracterizar o contexto específico onde incidiu o estudo sobre os aspectos institucionais, do emprego e da atividade do médico. O capítulo introdutório dessa parte relata a origem e a evolução do sistema público de saúde do Distrito Federal, criado sob inspiração de uma proposta pioneira que previa uma organização descentralizada, regionalizada e hierarquizada, assentada numa rede básica de centros e postos de saúde. Quarenta e cinco anos após a inauguração da nova Capital Federal, esse sistema apresenta uma composição ampla e complexa de serviços, com predomínio absoluto de estruturas e ações voltados para o atendimento hospitalar e especializado que operam de forma desconectada da rede de atenção básica.

O capítulo sexto aborda a história da atenção primária à saúde no Distrito Federal, destacando duas experiências que buscaram retomar, a partir de meados da década de setenta, o ideário do plano original: o Projeto Planaltina e o Plano de Assistência a Saúde. Essa análise remonta os antecedentes da fase mais recente dessa história, iniciada na segunda metade dos anos noventa, que é o objeto do sétimo capítulo: a versão renovada da APS - a estratégia de saúde da família - no Distrito Federal, que recebeu diversas denominações, numa aparente renovação certamente decorrente de humores mudancistas das administrações da SES/GDF. Saúde em Casa, Saúde da Família e Família Saudável foram versões adotadas nos três últimos governos⁴ a partir de 1997.

4 A proposta da atual gestão não foi abordada nesse ensaio.

O capítulo oito encerra a segunda parte da publicação, detalhando a proposta de saúde da família no setor privado: o Plano de Saúde da CASSI/DF.

A parte final da publicação é o relato propriamente dito da pesquisa realizada: o capítulo nove apresenta seus antecedentes e objetivos; no capítulo dez consta a metodologia e demais procedimentos protocolares para a realização dos trabalhos de campo; e finalmente, no capítulo onze se detalham os resultados, na forma de oitenta e oito tabelas entremeadas de comentários explicativos ou analíticos sobre os dados apresentados nas mesmas. Foram incluídos também, como anexos, o questionário usado na coleta de dados, o roteiro para registro de informações institucionais e o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF.



PRIMEIRA PARTE:

A ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE EM
DIFERENTES CONTEXTOS





A ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE EM DIFERENTES CONTEXTOS

1

A EXPERIÊNCIA BRASILEIRA

O surgimento de programas de medicina comunitária no Brasil, onde se inserem a proposta de Saúde da Família e os experimentos que a antecederam, está intimamente ligado ao movimento internacional desencadeado na década de setenta e que contou com o firme apoio de entidades como a Opas/OMS e o Unicef. O ideário dessa iniciativa - Saúde para Todos no Ano 2000 (SPT 2000) - foi consubstanciado na Declaração da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde realizada em Alma Ata, em 1978 (CONFERÊNCIA, 1979), que preconizou a Atenção Primária à Saúde (APS) como estratégia para o alcance daquela meta.

Esse movimento recrudesciu a busca, iniciada já nas primeiras décadas do Século XX, de alternativas ao modelo assistencial implantado naquela época nos Estados Unidos da América e que se tornou progressivamente hegemônico no mundo ocidental. A referência histórica desse processo de consolidação de uma concepção de atenção à saúde é o Relatório Flexner, lançado naquele país em 1910 e que, a partir daí, influenciou de modo determinante a educação e a prática médica em todas as regiões da terra. O paradigma flexneriano, ao tempo em que provocou a exclusão de outras práticas assistenciais, extrapolou o campo médico, moldando a conformação de todas as profissões da saúde de forma dependente e

subordinada ou complementar ao próprio médico. Além desse aspecto, vale destacar os pontos mais importantes contra os quais se insurgem os chamados movimentos reformistas pós-flexnerianos (ou anti-flexnerianos), inclusive as propostas de saúde da família: o foco na dimensão biológica do homem, reduzindo ou desconsiderando o peso dos determinantes sociais e econômicos no processo causal e evolutivo das doenças; a intensiva incorporação científica e tecnológica no processo do cuidado, que descamba freqüentemente para a desumanização no trato das pessoas; o predomínio do hospital como lócus de realização do atendimento à saúde, que resulta centrado no enfoque curativo.

A partir de meados dos anos 1960, a proposta de medicina comunitária teve ampla repercussão como base para esse novo modelo o qual, ancorado na participação da comunidade, integraria ações curativas, preventivas e de promoção; racionalização do funcionamento dos serviços com base em princípios de regionalização e hierarquização, utilização da equipe de saúde; utilização de tecnologia apropriada; incorporação de práticas médicas alternativas⁵.

Com maior ou menor ênfase nessas características, surgiram no Brasil diversas iniciativas muito antes de Alma Ata. A mais antiga, nos moldes de projeto de expansão da rede básica de serviços de saúde, desenvolveu-se a partir da década de 1940 com o Serviço Especial de Saúde Pública⁶ (SESP), implantado originariamente visando outros objetivos, com a cooperação do governo americano no início da II Guerra Mundial, para atuar em áreas de produção de materiais estratégicos (borracha e minérios, principalmente). Em 1960 o SESP foi transformado na Fundação Serviços de Saúde Pública⁷ (FSESP), a qual se fundiu em 1990 com a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública⁸ (SUCAM), originando a atual Fundação Nacional de Saúde⁹ (FUNASA).

5 Uma revisão sobre esse tema foi realizada por Paranaguá (1980) em sua dissertação de mestrado em medicina tropical.

6 Criado pelo Lei 3.750, de 11 de abril de 1960.

7 Criado pelo Decreto-lei 904, de 1º de outubro de 1969.

8 Criada pelo Decreto-lei 66.623, de 22 de maio de 1970.

9 Criado por meio da Lei 8.029, de 12 de abril de 1990, e regulamentada pelo Decreto 100, de 16 de abril de 1991.

Outras experiências mais recentes, também de caráter oficial, tiveram seu escopo mais claramente inseridos na temática da atenção primária à saúde: o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento¹⁰ (PIASS) e, treze anos depois de Alma Ata, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde¹¹ (PACS), que foi gradualmente absorvido pelo Programa de Saúde da Família¹² (PSF) a partir de 1994.

A rede de unidades de saúde da extinta FSESP constituiu uma experiência bem sistematizada de organização da atenção primária no Brasil. Seu modelo de operação de centros de saúde inspirou a implantação de unidades similares em estados e municípios em todo o país, embora as condições de funcionamento dessas redes nas unidades federadas raramente se aproximassem dos padrões praticados naquela instituição federal.

O PIASS pode ser considerado o primeiro plano integrado de investimentos com clara intenção descentralizadora, prioridade para cuidados primários universais nas áreas mais carentes (Nordeste) e estratégia de reorganização setorial (saúde e saneamento). O Programa, coordenado pelo Ministério da Saúde mas concebido no então Instituto de Planejamento Econômico e Social (atual Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA), foi na realidade uma tentativa importante, ainda que restrita a cuidados básicos, de articulação entre os Ministérios da Saúde e da Previdência Social e destes com os governos estaduais e municipais, com vistas a evitar atuações superpostas e concorrentes. Os investimentos foram bancados pelo Ministério da Saúde, a operação da rede era responsabilidade de estados e municípios, cabendo à Previdência Social arcar com parte dos custos correntes mediante transferências globais para os executores descentralizados. Em 1979 o Programa foi ampliado para todo o país, sem contudo alcançar o mesmo impacto do esforço inicial na região Nordeste. De qualquer forma, quebrou um tabu ao marcar o início da política de apoio da Previdência Social à ações e serviços integrados (preventivos e curativos) de cobertura universal, com ênfase na atenção sanitária básica.

10 Criado pelo Decreto 78.307, de 24 de agosto de 1976.

11 Criado pelo Decreto 84.219, de 14 de novembro de 1979, começou a ser implementado no nordeste no ano de 1991, mediante projeto piloto no estado da Paraíba.

12 Nesse ano, o PACS já contavam com cerca de 29 mil agentes comunitários de saúde.

O PACS e o PSF representam, na atualidade, o que se chama no contexto internacional a política de atenção primária de saúde do Brasil. O significado dessas propostas no cenário nacional, entretanto, transcende nos planos conceitual e programático as dimensões de uma política centrada na atenção primária, consubstanciando uma estratégia de conversão do modelo de atenção à saúde em seu conjunto. Contudo, a conquista desse propósito depende do processo político que o país atravessa, destacadamente da capacidade de análise prospectiva dos atores desse processo no campo da saúde e da resultante que as experiências em curso venham a ter no futuro próximo.

A Conferência de Alma Ata conceituou Atenção Primária à Saúde (APS) como

“...a acessibilidade de todos os indivíduos e famílias de uma comunidade a serviços essenciais prestados por meios que lhes sejam aceitáveis, através de sua participação integral e a custo que a comunidade e o país possam absorver. Como tal, são parte integrante tanto do sistema nacional de saúde, do qual constitui o núcleo, como do desenvolvimento sócio-econômico geral da comunidade. Representam, o primeiro nível de contato de indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, aproximando ao máximo possível os serviços de saúde dos lugares onde o povo vive e trabalha” (CONFERÊNCIA, 1979).

Sempre com a participação da comunidade no estabelecimento das prioridades e na programação de ações, na busca de soluções e na avaliação dos serviços, uma unidade de atenção primária deveria atender as seguintes características:

- tratamento de doenças e agravos mais comuns particularmente nas áreas de clínica médica, pediatria e gineco-obstetrícia;
- prevenção e controle de doenças particularmente as evitáveis por imunização, as endêmicas, má nutrição, hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase;
- educação para a saúde e para a proteção ao meio ambiente;

- atenção materno infantil e outros grupos de risco;
- distribuição de medicamentos básicos;
- ações na área de saneamento básico;
- apoio de unidades de maior porte e especialização mediante a adoção de esquemas de referência e contra referência;
- trabalho em equipe multidisciplinar;
- atuação na unidade, no domicílio e na comunidade.

A proposta brasileira de Saúde da Família, embora considerada uma vertente da concepção de APS consubstanciada em Alma Ata, recebeu também influência do movimento de Medicina Familiar surgido nos EUA nos anos sessenta, cuja finalidade era introduzir reformas no ensino médico. Na América Latina passou progressivamente do campo de ensino para os serviços. No Brasil, inspirou a criação da pós-graduação em Medicina Geral e Comunitária e, nos serviços de saúde, contribuiu para a reorganização da atenção básica à saúde¹³.

A versão inicial do PACS implantado pelo Ministério da Saúde em 1991 esteve muito orientada para o controle da cólera no norte e nordeste do país no início dos anos 90, destacando-se a coordenação vertical e a orientação programática focalizada que contrasta com a concepção de atenção primária acima apresentada. Esta interpretação não se aplica a uma iniciativa do Estado do Ceará (FREEDHEIN, 1993) criada quatro anos antes e que recebera a mesma denominação. A proposta cearense se inseria em um processo de participação social local e tinha um escopo mais amplo, com foco no ideal da promoção da saúde, não se restringindo ao controle de uma doença. Esses aspectos serviram, inclusive, para a reorientação do programa nacional implantado pelo MS, contribuindo para a feição que o PACS passou a ter ao se transmutar no PSF.

Contudo, o vetor determinante dessa transformação deve ser atribuído aos atores das políticas de saúde nas três esferas de governo viram no PACS e no seu sucedâneo o PSF, uma oportunidade histórica (TEIXEIRA, 2003) para promover alterações profundas e em larga escala no modelo de atenção à saúde. Essa mudança de perspectiva e escala política

13 Uma revisão desse tema foi realizada por Teixeira (2003).

e programática instaurou-se em 1994, mas foi sobretudo a partir de 1998 que vem se consolidando como política de estado e não somente objetivo programático de uma gestão de governo.

O PSF tem sido considerado bem sucedido como política de fortalecimento da atenção básica, focalizada em populações parcial ou totalmente excluídas. É o que já constava em publicação do Ministério da Saúde em 2002, anunciando mais de 15 mil equipes implantadas, uma cobertura da ordem de 50 milhões de pessoas e citando como resultado desse esforço a

“...diminuição de mortes de crianças por causas evitáveis, aumento da quantidade de gestantes que chegam saudáveis e bem informados ao parto, melhoria na atenção aos idosos, melhoria das coberturas vacinais, aumento do diagnóstico, do tratamento e do acompanhamento de portadores de diabetes e hipertensão, identificação precoce e tratamento dos casos de tuberculose e hanseníase” (REVISTA, 2002).

Uma avaliação mais recente da performance do PSF aponta nesse mesmo sentido, destacando no final de sua apresentação, subscrita pelo próprio Ministro da Saúde, que

“...a opção pela saúde da família está trazendo resultados positivos para os indicadores no País, firmando-se como uma estratégia a ser priorizada na consolidação do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2006).

Entretanto, como instrumento de mudança de modelo assistencial, os resultados positivos não têm a mesma nitidez. Pode ser que o tempo de experiência seja pouco para transformações tão complexas na amplitude pretendida. Mas não é esta a questão. O que se questiona é a ausência de demonstrações de integração sistêmica dos serviços, mesmo de casos espacial e demograficamente modestos, mas com evidências comprovadas suficientes para justificar o otimismo presente entre os formadores de opinião que advogam a consistência e o futuro da proposta.

Para alcançar êxito no propósito de mudança estrutural, há ainda muito por fazer. Uma agenda mínima nesse sentido inclui: a integração do programa à rede local de serviços, eliminando onde ainda persista o viés da coordenação vertical; a implantação de efetivos mecanismos de referência e contra-referência; o fortalecimento da participação da sociedade; e a valorização da equipe multidisciplinar. Esse último quesito transcende a dimensão da remuneração do trabalho dos integrantes da equipe, assegurando outros mecanismos de satisfação e oportunidades de crescimento pessoal e profissional a médio e longo prazos. Esses aspectos são particularmente reivindicados pelos médicos, na medida em que alegam afetar, direta ou indiretamente, sua auto-estima e prestígio profissional, tanto entre seus pares como ante a sociedade.

Segundo Roza (2003), há ainda outras questões críticas por equacionar, especialmente no tocante às práticas mais ou menos disseminadas de relações de trabalho pouco ortodoxas, eufemismo que engloba uma série de situações de precariedade do contrato de trabalho, atualmente na mira de combate do Ministério Público. A complexidade dos encaminhamentos correspondentes aos pontos citados pode ser avaliada ilustrativamente tomando por referência as discussões na sociedade e a tramitação no Congresso Nacional da Emenda Constitucional 51, que trata da admissão no serviço público de agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias¹⁴.

Embora não seja a única característica - nem necessariamente a principal - o atendimento domiciliar é o atributo pelo qual o PSF é mais conhecido no Brasil. Talvez por isto, quando foi lançado no DF assumiu a marca Saúde em Casa, logo alterada no governo seguinte.

A presença do serviço de saúde no domicílio não é novidade. Pelo menos três experiências deixaram, no passado, sua marca nessa forma de atuação do sistema de saúde. Na início do século passado Oswaldo Cruz institucionalizou a inspeção sanitária do ambiente domiciliar, instrumento até hoje fundamental no combate a endemias e epidemias, como a febre amarela urbana e a dengue. Mais tarde, em meados do mesmo século, a visita domiciliar passou a ser rotina das unidades sanitárias do SESP, onde

14 Ver detalhes em: www.observarh.org.br/nesp/interna.php?id=297, consultado em 1º fev 2005.

atuavam a Visitadora Sanitária e o Auxiliar de Saneamento com atribuições similares as do atual Agente Comunitário de Saúde no PSF. E, nos anos sessenta, quando realizou-se o feito notável da saúde pública brasileira de erradicar a varíola, meta alcançada mediante operação nacional de vacinação de casa em casa.

A presença do médico na residência de seus pacientes, tão comum na medicina privada do passado, também não é novidade nos programas públicos de saúde. Essa modalidade chegou ao setor público com o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência¹⁵ (SAMDU), uma espécie de consórcio dos antigos institutos para prestação de cuidados de emergência evitando superposições ou paralelismos. Implantado em cidades grandes e médias no final da década de quarenta, o SAMDU foi extinto trinta anos mais tarde, quando constituía, certamente, o maior segmento de empregos médicos no setor público do país. Ademais, foi a primeira iniciativa pública de atenção médica com acesso universal e igualitário. Seu clone recente, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência¹⁶ (SAMU), apresenta duas grandes diferenças em relação ao modelo original: é operado pelas prefeituras e presta exclusivamente atendimento no domicílio ou em locais públicos. O SAMDU, ao contrário era um braço da atenção médica previdenciária direta e operava também postos fixos de pronto atendimento. Esta última característica parece hoje bastante interessante, pois operando 24 horas, ao contrário da rede básica atual, atendia parte expressiva da demanda de baixo risco que, inevitavelmente, sobrecarregaria as emergências dos grandes hospitais.

Contudo, saúde da família não deve ser entendido como sinônimo de atendimento domiciliar, nem tampouco deve-se confundir com atenção básica ou primária. O cuidado prestado em casa, como já mencionado, figura como a face mais conhecida do PSF, mas não é uma prestação obrigatória. Na Inglaterra, por exemplo, os atendimentos médicos domiciliares que correspondiam a 22% do total de consultas caíram, na década passada, para 10% (ALLEN, 1999).

A atenção primária ou básica, por sua vez, pode ter uma conotação bem mais ampla. Envolve um conjunto de serviços cujo conteúdo pode

15 Criado em 1949, ligado inicialmente ao Ministério do Trabalho.

16 Para detalhes a respeito do SAMU pesquisar a partir do portal www.saude.gov.br

variar em cada modelo ou em um mesmo modelo ao longo do tempo. Pode abranger, portanto, desde procedimentos executados por pessoal auxiliar, como no PACS, até a prestação de atendimento médico, ambulatorial e hospitalar, em especialidades básicas (cirurgia geral, clínica médica, gineco-obstetrícia e pediatria), como foi a proposta do PIASS. A tendência brasileira parece ser a de excluir o atendimento hospitalar do conceito de atenção básica, limitando-a ao nível ambulatorial e aos procedimentos financiados pelo Piso da Atenção Básica - PAB (per capita fixo e respectivos incentivos que compõem sua parte variável).

Saúde da família também não é, exatamente, sinônimo de medicina familiar. A simples adstrição de famílias a uma equipe médica, não é suficiente, por si só, para essa caracterização, pois acabará por manter a mesma lógica da atenção convencional.

Conforme já assinalado, a despeito da sua denominação o PSF não é, a rigor, um Programa, pois não se caracteriza como versão contemporânea da medicina simplificada ou uma ação de governo exclusivo para regiões e grupos em situação de exclusão. Designá-la como tal parece, por conseguinte, inapropriado. Contudo, a sigla PSF veio para ficar. Como justifica Mendes (1996), uma estratégia transformadora precisa ser comunicada e *a sigla PSF pegou e constitui hoje boa marca política para a saúde da família*.

O PSF pretende ser, em última análise, uma estratégia de reorganização do modelo assistencial, constituindo simultaneamente sua base operacional e seu eixo de estruturação para um funcionamento eficaz, eficiente e equitativo. Nesse sentido deve pautar-se por princípios organizativos entre os quais destacam-se: heterogeneidade; ação multidisciplinar; territorialização e adstrição de clientela; intercomplementaridade com outros níveis do sistema e intersetorialidade; integralidade e hierarquização.

É a obediência a esses princípios que garantirá ao PSF o alcance de seus objetivos de mudança. Sem isto o Programa tende, por inércia, à verticalização, ao isolamento e à autarquização. E, mesmo que obtenha êxito em determinados indicadores (diminuição das internações e aumento da cobertura vacinal), persistirá com pífio impacto na transformação do modelo assistencial.

Pode parecer um truísmo afirmar que não existem dois modelos de sistemas de saúde iguais no mundo. Por mais semelhanças que possam ter entre si, cada sistema tem sua marca distintiva.

Muitos outros sistemas, como será mostrado adiante, inspiraram a evolução do sistema de saúde brasileiro. A medicina nacional, e com ela a maneira de organizar os serviços de saúde, particularmente a assistência médica, teve seu desenvolvimento inspirado no modelo americano, sobretudo após a II Guerra Mundial. Essa influência se deu não só na formação de recursos humanos e na incorporação tecnológica, mas no próprio modelo assistencial que, em ambos os países apresenta configurações assemelhadas: segmentado em diversas modalidades tanto públicas como privadas; centrado no atendimento hospitalar; baseado na livre demanda e na valorização desmesurada da especialização; e, por tudo isto, com custos crescentes e promotor de desigualdades, quando não excludente.

A criação do SUS, determinada pela Constituição Federal de 1988, foi um marco decisivo para romper com esse modelo. Em menos de duas décadas muitos êxitos foram obtidos mas, no geral, o modelo como um todo ainda preserva semelhanças perigosas com a situação anterior.

Esse processo de mudança, embora apresentando-se original em relação a diversos aspectos essenciais, recebe forte influência externa, o que se constata na retórica e na identidade ideológica da maioria dos protagonistas e formadores de opinião do movimento sanitário brasileiro. Por isso, torna-se valiosa uma breve revisão das experiências daqueles países que maior repercussão tiveram na transição doutrinária e operacional da APS para uma estratégia de mudança de modelo assistencial, como se propõe para o PSF brasileiro.

A seguir, apresenta-se uma breve reflexão sobre experiências em outros contextos nacionais, seguida de uma discussão sobre a importância da contextualização do papel do médico. Com isso se alicerça a compreensão sobre o temário da linha de pesquisa do ObservaRH/UnB, cujo primeiro produto é trazido a público com o relatório desse estudo de caso sobre o médico no contexto do PSF no Distrito Federal.

2

O MODELO INGLÊS

O Sistema Nacional de Saúde (*National Health Service – NHS*)¹⁷ é algo do qual os ingleses se orgulham. Desde sua criação em 1947, sempre esteve baseado numa rede de consultórios médicos, os *general practitioner* ou GP, sigla pela qual são comumente designados. Antes disso, desde 1911, prevalecia um modelo de seguro para trabalhadores que permitia livre acesso. Os médicos desse modelo foram a base do NHS que é universal, integral e gratuito. A assistência privada, no Reino Unido, corresponde a menos de 10% do total.

Seu financiamento, como ocorre nos sistemas universais de saúde, é oriundo de impostos gerais nacionais¹⁸. Cada cidadão tem o direito de se registrar na clínica de um GP de sua escolha ou mudar de médico quando desejar. Geralmente essa troca ocorre quando o paciente muda de cidade. Não há, portanto, territorialização e adstrição de família tal como se faz no PSF. Vale dizer que, hipoteticamente, uma família de cinco pessoas poderia escolher cinco GPs diferentes.

O acesso ao atendimento especializado se dá por duas portas de entrada: o consultório do GP ou o serviço de emergência dos hospitais. Os pacientes têm livre acesso a ambos. A assistência secundária é provida por hospitais distritais (um para cada 200 mil habitantes); enquanto a atenção terciária é oferecida em unidades de densidade tecnológica mais alta e/ou em hospitais universitários. Tanto um como outro só atendem casos referidos. O GP, quando responsável por uma lista muito longa de pessoas (mais de dois ou três mil) pode recusar novos pacientes. Mas não há como

17 As informações sobre o NHS foram coligidas majoritariamente por ALLEN em 1999.

18 O SUS também tem fonte similar. Além dos impostos locais (IPTU) e estaduais (ICMS), as contribuições sociais federais (Confins, Lucro, CPMF) que financiam o sistema, têm cara e jeito de imposto, na opinião de muitos tributaristas.

recusar atendimento aos que já estão cadastrados. Seu contrato de trabalho exige disponibilidade 24 horas por dia nos 365 dias do ano. Segundo o sindicato da categoria, os GPs trabalham 58 horas semanais, fazendo, em média, 152 consultas. Um paciente, também em média, consulta seu GP cinco vezes por ano, o que não é considerado exagerado, mas que contrasta com taxa brasileira de 2,4 consultas per capita/ano no SUS como um todo (IBGE, 2003).

No Reino Unido observa-se uma relação de um médico para cada 1.018 habitantes, com 65% desses profissionais na categoria GP. A disponibilidade global desse profissional em relação à população chega a ser menor do que a da brasileira, com 1,71 médicos por mil habitantes, conforme dados de 2006 do Datasus (IDB, 2006). Contudo, somente 8,19% desses profissionais brasileiros atuam no âmbito da atenção primária¹⁹. E se forem considerados apenas os que possuem titulação formal de especialista na área, o percentual nacional é ainda menor (MACHADO, 1997).

A renda do GP provém de três fontes: a primeira, correspondendo a 50% da renda, é um *valor per capita* independente do número de consultas. O *per capita* sobe para os médicos onde a lista de pacientes tenha mais idosos. Um segundo elemento (30% da renda), também variável, resulta do regime de trabalho escolhido (tempo parcial ou integral) e da experiência do médico. Somente a parcela restante (cerca de 20%) resulta do pagamento por ato, aplicado em casos especiais como aplicação de contraceptivos, atendimento a gestantes, pequenas cirurgias, custos de deslocamentos para imunização.

Ao contrário do que poderiam supor os críticos da estatização da medicina, a profissão médica detém grande prestígio. A demanda ao curso médico é grande: dez candidatos por vaga. Após a conclusão do curso médico de 5 à 6 anos, iniciado em média aos 18 anos de idade, há um ano de residência compulsória sob supervisão da universidade, em geral em

19 Número de médicos do PSF em 2006: 26.729 equipes de saúde da família (Departamento da Atenção Básica/MS). Considerando um médico por equipe conforme a norma e associando à população estimada para o mesmo ano de 2006: 186.770.566 (Indicadores do Datasus), obtém-se o índice de 0,14 médicos de saúde da família por 1.000 habitantes. Calculando a proporcionalidade entre o índice do total de médicos por habitante e os de saúde da família (Departamento da Atenção Básica/MS), chega-se a 8,19% de médicos que dentre o total geral dedicam-se a essa estratégia no Brasil (<http://tabnet.datasus.gov.br>).

ambiente hospitalar. A pós-graduação só começa depois de concluída a residência. A tendência de feminização é acentuada. Cerca de 50% das vagas de treinamento são ocupadas por mulheres.

Para qualificar-se como GP o profissional deve completar treinamento específico e lograr aprovação em teste de conhecimento, vídeo de avaliação das habilidades de consulta, frequência às aulas e relatório favorável de seu instrutor. Os instrutores passam por processo de renovação do credenciamento para essa função a cada três anos.

O GP inglês lida com pessoas de todas as idades e com todos os problemas, seu relacionamento com a comunidade é contínuo e seu trabalho tem mais a ver com a qualidade de vida das pessoas do que com as doenças. Em contraste, o especialista tem como base o hospital, seu foco privilegia a doença e sua relação com as pessoas ou a comunidade é ocasional ou episódica.

Como responsável pela triagem na porta de entrada da rede assistencial (*gatekeeper*), graças a sua capacidade de resolução de problemas associada à proibição da demanda espontânea a serviços especializados, o GP filtra o atendimento evitando a busca desnecessária aos serviços de referência, inclusive de emergência. Em contrapartida, cabe-lhe providenciar atendimento especializado ou admissão hospitalar urgente para paciente de sua clientela.

O trabalho isolado (*solo practice*), comum nos primórdios do sistema, atualmente é bem menor. O generalista trabalha em parceria com quatro ou cinco colegas em média. Mais de 90% das práticas são total ou parcialmente computadorizadas o que implica no registro de consultas, prescrições e qualquer outro procedimento, ao mesmo tempo que possibilita o monitoramento contínuo do seu desempenho.

O Governo Thatcher introduziu mudanças importantes balizadas por regras de mercado com a divisão entre os chamados compradores, isto é o NHS, e os provedores, hospitais e médicos, de forma a instituir o que se chama de competição administrada. A mais recente foi a criação de grupos de atenção primária com dez a doze médicos, além de enfermeiros e outros profissionais associados. Esses grupos encarregam-se de comprar

todos os serviços hospitalares e a assistência comunitária que sua população adstrita necessita, composta por cerca de cem mil pessoas.

A consolidação do NHS ficou demonstrada ao sobreviver à turbulência neoliberal do Governo Thatcher. A despeito das filas de espera para cirurgias e outros tratamentos eletivos, o sistema conta com sólido apoio da maioria da população, transformando-se numa verdadeira “instituição britânica”.

O êxito do NHS deve ser atribuído a diversos fatores de caráter mais geral, como o grau de fluência econômica e padrões culturais da sociedade inglesa. Contudo, fatores especificamente associados à tradição do trabalho e à cultura da profissão médica são reconhecidos como fundamentais. Ao contrário do que ocorreu em outros países onde a intervenção estatal na saúde confrontou a medicina liberal, o NHS preservou alguns pilares dessa modalidade assistencial: como a valorização da relação médico vs. paciente decorrente da livre opção deste na escolha daquele; ainda que em aparente contradição com a prática liberal tenha alterado outro de seus fundamentos, o pagamento por ato (*fee for service*), manteve parcialmente essa forma de remuneração, utilizando-a com parcimônia e inteligência associada a outros incentivos financeiros; a valorização social e profissional do médico de família, elevando seu status mediante exigências de rigorosa capacitação para o exercício da especialidade. Vale lembrar, a esse respeito, que a entidade que congrega os GPs - *Royal College of General Practitioners* - é das poucas organizações da área da saúde que detém em seu título o reconhecimento da Rainha da Inglaterra (*Royal*).

3

CONTEXTO GERAL DO MÉDICO DE FAMÍLIA EM CUBA

A vitória da revolução socialista em Cuba em 1959 levou à implantação de um sistema de saúde que começou a despertar a atenção internacional. No bojo do que parecia mais uma derrubada de regime ditatorial, fenômeno recorrente na história da América Latina, ocorreram transformações sociais construídas a partir desse movimento revolucionário radical e sem precedentes no Continente que demarcaram a criação de um novo sistema de saúde no País.

Há aspectos do projeto setorial cubano que se assemelham ao inglês. Ambos tiraram vantagem do infortúnio: no caso britânico, as decorrências da II Guerra Mundial; no caso cubano, as conseqüências da revolução. Nos dois países a organização do setor saúde encontrava-se na bancarota, situações que favoreceram, de uma forma ou de outra, a coesão social e a solidariedade, fatores amplamente favoráveis à mobilização geral em torno de projetos que contribuíssem para reconstrução nacional, a saúde nesse bojo.

Em Cuba esse contexto era agravado pela proximidade de um inimigo externo poderoso e muito próximo, representando permanente ameaça à soberania nacional, naquele momento empolgada com os valores revolucionários socialistas. O primeiro problema a ser enfrentado pelo novo regime foi o êxodo da maioria dos médicos do país. E os que remanesceram estavam concentrados nos centros urbanos de maior porte.

Nessa conjuntura, o esforço inicial foi essencialmente assistencialista em moldes clássicos. Mas alguns anos depois deu-se início à organização de uma rede integrada, regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, tendo o médico de família como base. A grande ênfase recaiu na formação e capacitação de recursos humanos. Mudanças meramente quantitativas não seriam suficientes. Era necessário também mudar a cultura então prevalecente na prática e na formação médica, tendo sido decisiva a medida de subordinar o ensino médico ao Ministério da Saúde.

Em Cuba, a Faculdade de Medicina, os institutos de medicina, as escolas tecnológicas de profissões afins à saúde, assim como os conteúdos ministrados em toda a etapa de formação, educação permanente e continuada dos recursos humanos, são responsabilidades do Ministério (da Saúde) (PÉRES ARES, 1999).

Esse projeto alcançou êxito, contribuindo para universalizar a cobertura de atendimento do médico de família para toda a população. A redução das desigualdades sociais tão comuns nas Américas, particularmente o aumento do nível educacional da população e um modelo assistencial onde 95% dos problemas de saúde são resolvidos na atenção primária, possibilitou, apesar das enormes dificuldades econômicas do país, indicadores de saúde iguais ou melhores do que o de países ricos ou desenvolvidos, a exemplo da mortalidade infantil que, já em 1997, baixara para 7,2 óbitos em cada mil nascidos vivos.

Os problemas persistentes de maior vulto escapam da influência predominante do setor saúde, como os decorrentes do envelhecimento da população (doenças degenerativas, enfermidades cardiovasculares) e resultantes de acidentes rodoviários associados à precária situação das vias e dos meios de transporte.

Uma reflexão importante ante o propósito deste estudo, tal qual no caso do modelo inglês, diz respeito à perenidade ou sustentação social do projeto do médico de família cubano. Ao que tudo indica, o futuro da experiência de APS cubana centrada no médico de família está condicionada ao futuro do próprio projeto socialista daquele país. Sob esse aspecto, seria plausível reconhecer mais uma semelhança com o projeto britânico, na medida em que a conformação de ambas propostas foi consentânea com os respectivos projetos de sociedade, cada um ao seu modo.

No caso cubano, o esforço de preparação massiva de médicos de família, que atendia o desafio interno de assegurar cobertura universal de cuidados prestados por esses profissionais, respondeu simultaneamente a um objetivo estratégico do projeto socialista de expansão internacionalista. Desse modo, produziu-se um excedente dessa força de trabalho destinada ao esforço de cooperação internacional, alinhado com a política externa de apoiar países amigos ou simpatizantes da causa socialista no campo sanitário. Cuba transformou-se em importante pólo exportador de médicos de família. Além da expressiva participação desses recursos humanos em muitos países que atravessaram períodos revolucionários ou processos de libertação colonial no último terço do Século XX, tanto na América Latina como em outros continentes, observa-se atualmente a presença de importantes contingentes desses profissionais em alguns países, contribuindo com as autoridades sanitárias nacionais para sanar demandas em regiões inóspitas ou atuar em condições pouco atraentes para os profissionais dos próprios países, malgrado as dificuldades ou resistências das entidades corporativas nacionais.

Ademais, estudar medicina em Cuba é uma possibilidade que vem sendo buscada por muitos jovens latino-americanos. Contudo, o retorno aos países de origem pode ser problemático, como está a ocorrer no Brasil, onde a formação profissional realizada no exterior não é reconhecida facilmente pelo sistema educacional brasileiro.

4

O MÉDICO NO CONTEXTO DA ATENÇÃO À SAÚDE DA FAMÍLIA

Dois objetivos serão buscados neste capítulo que encerra a primeira parte desta publicação. O primeiro, é sistematizar algumas reflexões em torno da relativa autonomia dos processos de formação e de trabalho médico em relação aos diferentes contextos nacionais onde se desenvolvem esses processos, tomando como pano de fundo os cenários de atenção à saúde da família delineados anteriormente. A seguir, serão apontados os elementos de maior destaque vigentes nos processos de formação e de trabalho do médico que integra a estratégia de saúde da família do sistema sanitário brasileiro.

Essa abordagem visa explicitar os marcos conceituais adotados na configuração da linha de pesquisa sobre o processo de trabalho na equipe de saúde da família, que orientaram o desenvolvimento da metodologia da investigação sobre os aspectos institucionais, do emprego e da atividade de um dos integrantes da equipe, o médico, nos setores público e privado no Distrito Federal.

Os casos descritos nos capítulos anteriores demonstram a diversidade com que se configura o trabalho e a formação dos médicos dedicados a atenção da saúde da família, expressando influências oriundas das condições históricas, sociais, econômicas e culturais que demarcam as sociedades nacionais. Essas diferenças entre os três países aparecem claramente em relação a aspectos da maior importância no perfil de um tipo profissional: a qualificação exigida regularmente para o exercício da função do médico do PSF no Brasil, do médico de família cubano e do GP na Inglaterra; a participação relativa desses médicos no total de médicos em cada país; o prestígio entre os pares e o reconhecimento social mais

amplo; os padrões de renda dessas categorias em relação a aquelas dedicadas a outras especialidades.

Por outro lado, considerando outros enfoques, podem ser descobertas algumas semelhanças nessa diversidade, cuja explicação aparentemente não se liga aos contextos históricos, sociais, econômicos ou culturais de cada país. Os seguintes aspectos aparecem nos diferentes países: o paradigma da formação centrado na dimensão biológica da vida; a valorização social e a auto imagem profissional associada à renda auferida com o trabalho profissional em moldes liberais; a vocação corporativa e o exercício de nítida hegemonia técnica e social na divisão de trabalho com outras profissões e ocupações. Essas são características encontradas em todos os contextos nacionais, de forma evidente ou dissimulada, malgrado a conformação institucional e os determinantes políticos e econômicos que presidem os diferentes sistemas de saúde.

Desse modo, configura-se desafiante o estudo sobre as características e os determinantes da formação e da prática médica no contexto da atenção à saúde da família, numa abordagem comparativa que busque identificar tanto semelhanças como diferenças entre diversos sistemas nacionais de saúde. Entretanto, essa perspectiva de análise foi tomada apenas como referencial na formulação da linha de pesquisa que inspirou o projeto de investigação cujos resultados serão apresentados e discutidos na terceira parte desse trabalho.

Em resumo, o roteiro para configuração do marco de referência para a pesquisa desenvolveu-se em quatro etapas. A primeira etapa do percurso foi um reconhecimento sobre as origens e os significados dessa modalidade assistencial designada por saúde da família em algumas das mais expressivas experiências nacionais no hemisfério ocidental. Etapa que foi cumprida, ainda que de forma não exaustiva, contemplando as propostas inglesa, cubana e evidentemente a do Brasil, nos capítulos anteriores.

A segunda fase desse itinerário foi a reflexão, apenas ensaiada nos parágrafos anteriores, sobre as semelhanças e diferenças entre os modelos de atenção, particularizando os aspectos relacionados ao médico naqueles contextos nacionais. Seria desejável aprofundar ou estender o escopo dessa reflexão. O risco de não fazê-lo foi assumido em caráter provisório,

pois pretende-se retornar a esse ponto futuramente, em novas etapas de desenvolvimento da linha de pesquisa.

Nesse momento, encontra-se delineado o painel que fornece uma visão panorâmica sobre o modelo assistencial e levantada a premissa da relativa autonomia dos processos de formação e de trabalho do médico, tanto em relação ao próprio paradigma da saúde da família como aos diferentes contextos nacionais onde se desenvolvem esses processos.

A terceira etapa na rota estabelecida inclui uma revisão sobre esses processos no caso do Brasil, antes de iniciar a análise sobre o contexto específico do Distrito Federal.

O reconhecimento do médico sob a qualificação de médico de família ainda é uma grande polêmica no Brasil. Trata-se de um tipo profissional ou uma especialidade médica – usando o jargão comumente citado nesses casos – que não conta com reconhecimento nítido sob diversas perspectivas: dos gestores do SUS, do sistema educacional, da própria categoria médica (ou classe medica, adotando mais outro jargão), das demais profissões da saúde e, finalmente, da população em seus diversos conjuntos sociais.

A disponibilidade de médicos com formação apropriada para atuação nos moldes da estratégia de saúde da família, bem como as limitações do aparato educacional direcionado para esse tipo de formação, são fatores críticos para a consolidação e ampliação do PSF. Nessa direção estão apontando diversos programas desencadeados pelo Ministério da Saúde²⁰. Propostas que, embora levando em consideração a problemática da formação profissional em geral, admitem certa prioridade para a educação médica, como é o caso do projeto mais recente, a Universidade Aberta do SUS²¹ que, embora destinada a ampliar a oferta de oportunidades de educação permanente para todas as profissões da saúde, dirige maiores esforços para os médicos do PSF. Essas iniciativas, tomadas em conjunto pelos gestores do SUS, refletem consenso sobre a importância do problema e a necessidade de medidas urgentes e abrangentes.

20 Consultar detalhes em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=27572.

21 http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=49197.

No tocante às modalidades de vinculação empregatícia e as formas de remuneração, prevalece a precariedade dessas relações, gerando nos trabalhadores a sensação de insegurança e escassa valorização. Isso acontece mesmo naquelas circunstâncias em que os trabalhadores reconhecem ser razoável ou adequado o valor final que embolsam. Por sua vez os dirigentes ressentem-se da contingência de que para viabilizar a produção de serviços prioritários na política nacional de saúde tenham sido obrigados a contornar inúmeros óbices legais e administrativos, especialmente os decorrentes da Lei de Responsabilidade Fiscal.

Coexistem, no SUS em geral e no PSF em particular, quatro diferentes regimes de trabalho²²:

- o Regime Jurídico Único criado pela Constituição de 1988, aplicável às três esferas de governo; pelo menos na área federal, a tendência parece ser restringir a sua aplicação as carreiras típicas de estado, como: gestão, auditoria e jurídica;
- o emprego público regulado por lei específica, a exemplo da Lei nº 9962/2000 que disciplinou a contratação via CLT no âmbito federal;
- a CLT propriamente dita, no caso das relações de emprego em organizações privadas terceirizadas pelo SUS;
- modalidades informais ou precárias de vínculo e remuneração, envolvendo cooperativas, ONGs e outros entes aparentemente terceirizados pelos gestores do SUS, caracterizando um amplo leque de flexibilização das relações de trabalho, do processo seletivo aos valores e formas de remuneração, cuja alegada justificativa é evitar os encargos da contratação regular, especialmente em face da Lei de Responsabilidade Fiscal.

A diversidade de vínculos, sobretudo mediante mecanismos de terceirização e parceria, se projeta na diversidade de critérios e valores de remuneração, gerando inclusive conflitos entre os próprios trabalhadores. Direcionados a esses aspectos encontram-se as medidas da política

22 Para maiores detalhes consultar os textos de Nogueira (2002) e de Roza & Rodrigues (2002) na obra Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises, além do documento do NESCON/FM/UFMG Relatório de Pesquisa: Agentes Institucionais e Modalidades de Contratação de Pessoal do PSF.

de gestão do trabalho que estão sendo encaminhadas pelos gestores do SUS²³, que devem ser conduzidas sob a mesma ótica ampliada comentada anteriormente, isto é, contemplando todos os tipos profissionais da saúde, mas reconhecendo a dimensão de prioridade para o trabalho médico na consolidação do PSF como estratégia de consolidação do próprio SUS.

O comentário final deste capítulo refere-se a três temas fundamentais: a atuação em equipe no contexto da estratégia de saúde da família, a interação com a rede de serviços e com a própria comunidade. Temas cuja problematização poderia iniciar-se com as indagações: como se relaciona o médico com sua equipe? Como se relaciona o médico com outros médicos e com os demais profissionais atuantes em serviços de referência da atenção primária? Quais os padrões de relacionamento do médico com a comunidade cuja saúde é seu objeto de trabalho?

As questões acima foram tomadas como orientação para a elaboração do instrumento de coleta de dados sobre o perfil do médico do PSF, como pode ser observado no Anexo A. Como marco conceitual para a discussão dos resultados da pesquisa adotaram-se as discussões constantes em publicação do Programa de Cooperação Técnica OPAS/MS (SANTANA, 2000), que trata da organização do processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família.

23 http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1013.

SEGUNDA PARTE

ATENÇÃO PRIMÁRIA E SAÚDE DA
FAMÍLIA NO DISTRITO FEDERAL





ATENÇÃO PRIMÁRIA E SAÚDE DA FAMÍLIA NO DISTRITO FEDERAL

5

O SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE DO DF: ORIGEM E EVOLUÇÃO

A transferência do Distrito Federal para o Planalto Central criou oportunidades para inovações nas políticas públicas que certamente seriam bem mais difíceis de aplicar em cidades tradicionais, onde a cultura e os padrões organizacionais e urbanísticos já se encontram consolidados. Brasília constituiu não só um modelo de cidade absolutamente original do ponto de vista espacial e arquitetônico, como um cenário de novas formas de organização de serviços sociais como os de educação e saúde.

O Plano Geral da Rede Médico-Hospitalar de Brasília, freqüentemente citado como Plano Bandeira de Mello em homenagem a seu autor, representou uma proposta inovadora para a saúde, adotando o conceito de municipalização como ponto de partida para a implantação da rede de assistência à saúde:

“...a ninguém mais interessa de perto preservar, proteger e restituir a saúde de uma determinada população do que a própria municipalidade, considerando o indivíduo primordialmente na sua condição de munícipe, libertado de qualquer outro vínculo que acidentalmente venha a apresentar” (DISTRITO FEDERAL, 1968).

Sob esse aspecto, o Plano era bem claro, ao pretender:

- *integrar em uma só entidade do governo local a provisão de todas as ações e serviços de proteção da saúde tais como as campanhas de controle e erradicação de doenças, de atenção a maternidade e infância porque podem, assim, ser melhor executadas do que por agências estanques atuando isoladamente;*
- *unificar, sob esse mesmo comando, todas as atividades de assistência, tradicionalmente a cargo de vários órgãos da previdência social, reconhecendo portanto a necessidade da integração de ações de prevenção e tratamento.*

Nesse sentido a proposta elaborada para o sistema de saúde do Distrito Federal no final da década de cinquenta, antecipou, ainda que para um espaço geográfico restrito, o lema que, trinta anos depois, a Constituição de 1988 adotaria para a organização do SUS no país como um todo. A correlação se torna evidente ao cotejar os dois itens acima com o Art. 198 da CF, que (i) atribuiu ao município a competência para prestar, com a cooperação técnica e financeira da união e do estado, serviços de atendimento à saúde da população; e (ii) determinou que *“as ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada...”*, constituindo um sistema único descentralizado com direção única em cada esfera de governo.

Bandeira de Mello formulou uma proposta que se confrontava com dois atributos do sistema de saúde então vigente, já muito criticados naquela época:

A hegemonia federal no financiamento e na provisão de serviços médico-hospitalares, sob a tutela pela Previdência Social, bem como de saúde pública, sob responsabilidade do Ministério da Saúde²⁴. As ações descentralizadas, de pouca monta, eram desenvolvidas pelas secretarias estaduais de saúde, sendo poucas as entidades municipais de saúde então existentes.

24 São Paulo era o único Estado com de serviços próprios para controle de endemias.

A atuação conflitante ou superposta das três esferas de governo, reveladora da falta de mecanismos de coordenação, acentuadamente no âmbito da atenção médica previdenciária, operado pelos diversos institutos organizados por categoria profissional.

O plano de saúde de Brasília, entretanto, não foi implantado em sua plenitude, como apontou Sesana (1967), porque fatores adversos estimularam a segmentação de serviços: carência de recursos, ausência de planificação, interesses individualistas e falta de mentalidade da classe médica para aceitar e executar um programa integrado de saúde. Talvez menos a carência de recursos e mais a falta de planejamento ou de mecanismos de coordenação do setor público, como demonstram a criação e expansão de serviços públicos de saúde independentes do Governo do DF, como o Hospital das Pioneiras Sociais (atual Sarah Kubitscheck), o Hospital do IPASE (atual Hospital Universitário de Brasília – HUB), o Hospital do EMFA, além de serviços médico-ambulatoriais como os da Câmara e do Senado²⁵. Paradoxalmente, a participação determinante da União no financiamento da rede local não impediu a criação de serviços próprios daqueles órgãos no DF.

O referido autor certamente não errou ao apontar os fatores ligados aos interesses privados e à indisposição da corporação médica ante um programa integrado de saúde. É na verdade uma história que se repete, haja vista a experiência atual com a estratégia de saúde da família, que encontra dificuldades muito fortes no campo da especialização médica.

No âmbito do próprio Governo do DF observaram-se desvios graves do Plano Bandeira de Mello, pois até novembro de 1968 conviveram duas redes de serviços distintas: uma, englobando as unidades de internação operadas pela Fundação Hospitalar do Distrito Federal (FHDF) e outra composta por unidades sanitárias subordinadas à Coordenação de Saúde Pública (DISTRITO FEDERAL, 1968).

Fato curioso nesse contexto de reduzida coordenação setorial é que a mais antiga dessas unidades (onde atualmente funciona um Centro de Saúde e o Hospital-Dia, na W3 Sul), operava na contra-corrente dessa dis-

25 Até mesmo a construção de um hospital próprio chegou a ser cogitada pelo Congresso Nacional, idéia que evoluiu na direção da solução mais recente, de apoio financeiro para a instalação de uma filial do INCOR no Hospital do EMFA.

sociação, como um verdadeiro condomínio integrador de agências relativamente autônomas do Ministério da Saúde (como o Serviço Nacional de Tuberculose, o Serviço Nacional de Lepra e o Departamento Nacional de Endemias Rurais) e do governo local, via Departamento de Saúde Pública da SES/DF.

Algumas distorções foram se re-configurando. O hospital do IPASE, hoje operado pela UnB como hospital universitário, deixou de atender apenas uma clientela fechada e integrou-se ao SUS, mesmo permanecendo fora do comando único idealizado pelo Plano Bandeira de Mello e pela Constituição de 1988. Evolução similar ocorreu com o Hospital das Pioneiras Sociais, que atualmente integra a Rede Sarah e, embora fora da coordenação da Secretaria de Saúde do DF, preserva os princípios do SUS de acesso universal e gratuito.

A rede pública operada pela FHDF, depois da estagnação que a caracterizou nos primeiros anos após a inauguração da Capital (1960-1964), passou por duas fases distintas de expansão e reorganização, na segunda metade dos anos sessenta e no início da década de oitenta. Nesses períodos buscou-se retomar o espírito da integração de atividades hospitalares e de saúde pública.

Na primeira fase (gestão Francisco Pinheiro da Rocha) foram construídas as Unidades Integradas de Saúde do Gama, Taguatinga e Sobradinho, mais tarde transformadas em hospitais regionais. Também são dessa fase a estruturação da SES e a promulgação do primeiro Código Sanitário do DF²⁶, além da criação de unidades de saúde em Planaltina, Ceilândia e Brazlândia.

A segunda fase expansionista (FREJAT apud PEREIRA, 1981) – gestão Jofran Frejat – foi marcada pela implementação de quarenta centros de saúde, num esforço de atenuar a ênfase hospitalar do modelo de atenção à saúde mediante a ampliação de uma rede de atenção primária. Embora

26 Lei federal nº 5027 de 14 de junho de 1964 (até então vigia no DF a legislação sanitária do estado de Goiás de 1931). Entre outros aspectos, a nova Lei estabelecia os princípios da regionalização e integração na organização da assistência hospitalar do DF e tornava válida exigência de curso de pós graduação para os ocupantes de cargos e funções nas instituições de saúde, para cujo exercício sejam necessários conhecimentos especializados.

sem lograr esse resultado, foi uma iniciativa coerente com o Plano Bandeira de Mello.

Esse breve relato sobre a origem e a evolução do sistema público de saúde do Distrito Federal se conclui com a apreciação sintética de que o mesmo apresenta-se, quarenta e cinco anos após a inauguração da nova Capital Federal, com uma composição ampla e complexa de serviços, com predomínio absoluto de estruturas e ações voltados para o atendimento hospitalar e especializado. A seguir, se abordará a história da atenção primária à saúde nesse contexto, visando remontar os antecedentes de uma nova história, ainda em construção, da versão renovada da APS - a estratégia de saúde da família – que, no Distrito Federal, já recebeu diversas denominações.

6

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO DF

O Distrito Federal foi palco de diversas experiências de atenção primária à saúde, cuja recuperação histórica certamente em muito contribuirá para o entendimento da conjuntura atual e para a formulação de propostas para o futuro. O relato que se apresenta a seguir destaca dois processos históricos que apresentam íntimas ligações entre si e cujos desdobramentos se refletem claramente no objeto do presente estudo: o Projeto Planaltina e o Plano de Assistência à Saúde no Distrito Federal. A experiência de Planaltina (1975-1978) teve importante repercussão no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) implantado no Ceará na década de oitenta, o qual, por sua vez, constituiu a base para lançamento dessa proposta em escala regional (Norte e Nordeste), pelo Ministério da Saúde, em 1991²⁷. O Plano de Assistência à Saúde no Distrito Federal (1979-1984) consolidou a base organizacional da atenção básica a saúde na Capital Federal, estabelecendo os limites e também as possibilidades de avanço da estratégia de saúde da família nessa unidade especial da federação brasileira.

27 “O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) começou a ser implantado na região Nordeste, mediante projeto piloto, desenvolvido no estado da Paraíba. Nesse mesmo ano, com a entrada do cólera no país, o programa foi estendido em caráter emergencial, à região Norte. Com a retomada do planejamento original do programa, a implantação começa a ser expandida para outras regiões do país, com a capacitação gradual dos agentes para realizar o mapeamento, o diagnóstico de saúde da comunidade e o desenvolvimento de ações de proteção à saúde da mulher e da criança.” (Linha do tempo da saúde, BVS/MS: <http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/exposicoes/linhatempo/91.htm>)

6.1. PROJETO PLANALTINA (1975-1978)

A importância do Projeto “Um modelo para prestação de serviços a nível periférico com ênfase em Saúde Familiar” decorre menos de sua dimensão e alcance demográficos, restritos a cidade satélite de Planaltina, do que ao seu conteúdo inovador e das suas repercussões, ainda que tardias e indiretas, na implantação da estratégia de extensão de cobertura do sistema nacional de saúde:

“Do ponto de vista conceitual foi uma proposta reformista avançada, através do qual se procurava criar um modelo de atenção adaptado as condições da região onde foi implantado. Do ponto de vista operacional, o Programa atuou em integração com os serviços locais de saúde e desenvolvimento social (integração docente-assistencial) com hierarquização e nítida separação dos níveis de atenção primária e secundária utilizando pessoal auxiliar de saúde, procurando dar cobertura total a população e utilização de tecnologia apropriada. Do ponto de vista estratégico, procurou, atuando na periferia do Distrito Federal, estender-se para outras áreas da capital do país constituindo um Distrito Docente-Assistencial e, com isto, envolvendo outras áreas da Faculdade de Ciências da Saúde, influir decisivamente na estrutura dos serviços, da docência e da pesquisa” (SIMÕES BARBOSA, 1980).

O Projeto constituiu-se como uma iniciativa da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB, realizada em conjunto com o Governo do DF (por intermédio da Fundação Hospitalar e da Fundação do Serviço Social) e que contou com apoio de instituições federais (o FUNRURAL e o Programa de Extensão Universitária do MEC) e de entidades financiadoras estrangeiras (a Fundação Kellogg e a Fundação Interamericana)²⁸.

A área de abrangência do Projeto incluía a cidade satélite de Planaltina e as Regiões Administrativas de Planaltina e Jardim (esta, consti-

²⁸ Essa e as demais referências históricas que se seguem foram consultadas em SANTANA, 1980 e SIMÕES BARBOSA, 1980.

tuída apenas de pequenos núcleos rurais). Planaltina, situada a quarenta e cinco quilômetros de Brasília, é uma cidade centenária, cuja origem remonta a meados do século XIX. Até sua incorporação ao DF em 1960 era um pequeno núcleo urbano (contava apenas com dois mil habitantes), cujo isolamento foi rompido com a ligação por estrada asfaltada à Capital Federal.

A população da área de abrangência no ano de início do projeto, em 1975, era de quase 40 mil habitantes (Planaltina: 36.272; Jardim: 2.878), metade dos quais com idade inferior a 14 anos.²⁹

Planaltina recebeu sua primeira Unidade de Saúde em 1967, cujo diretor – o médico sanitarista Átila Gomes de Carvalho³⁰ – contribuiu de modo destacado para as negociações e para a implantação do Projeto Planaltina, bem como para a extensão de seus propósitos para todo o Distrito Federal (CARVALHO, 1999). A população da cidade era atendida, desde a época da criação de Brasília, por uma unidade do SAMDU³¹, que posteriormente passou a integrar a rede de unidades de atendimento de urgência da previdência social (PAM do INAMPS). Quando começou o Projeto, a região contava com três postos rurais financiados pelo FUNRURAL. No final de 1976 foi inaugurado o Hospital Regional de Planaltina, com 50 leitos, incorporando a Unidade de Saúde.

O Projeto Planaltina incluiu três aspectos de forma associada que constituíram a razão de seu sucesso e, dadas as circunstâncias históricas da época, contribuíram, paradoxalmente, para seu encerramento: a articulação da universidade com os serviços locais, a concepção de um novo agente de saúde recrutado na própria comunidade e a participação social.

A articulação ensino serviço respondia a uma demanda por uma nova abordagem para o ensino médico³², num viés interdisciplinar e mul-

29 O censo de 2000 contabilizou em Planaltina uma população da ordem de 108 mil habitantes, representando 5,5% da população total do DF.

30 Dr. Átila permaneceu nesse cargo e, a seguir, como diretor do Hospital Regional de Planaltina até alguns anos depois da vigência do Projeto.

31 O Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), criado no final da década de quarenta e extinto 30 anos depois, foi uma espécie de consórcio de institutos de previdência que universalizou (e “federalizou”) o atendimento de urgência nas cidades de maior porte no País.

32 Naquele momento, a Faculdade de Ciências da Saúde da UnB contava apenas com o curso de medicina, estando em fase de implantação os cursos de enfermagem e educação física.

tiprofissional que permitisse aos estudantes uma visão contextualizada historicamente do processo saúde e doença. Essa abordagem esbarrava em obstáculos curriculares cuja superação implicaria fortes rearranjos na organização escolar, despertando preocupações e resistências em diferentes instâncias do corpo docente e da direção universitária. Esse aspecto refletia uma preocupação disseminada em todo o hemisfério ocidental com a chamada crise da medicina flexneriana, não se constituindo uma iniciativa pioneira do Projeto Planaltina sequer no âmbito da própria Faculdade de Ciências da Saúde da UnB (FS/UnB). De certo modo, pode-se dizer que a proposta de integração docente-assistencial da FS/UnB em Planaltina foi decorrência de uma experiência anterior, que poderia ser alcunhada de Projeto Sobradinho. Essa é uma cidade satélite de Brasília, a meio caminho de Planaltina, onde se instalou uma Unidade Integrada de Saúde que foi o ponto focal do cenário de integração docente-assistencial do projeto de implantação do novo currículo médico da UnB. A experiência da UISS (Unidade Integrada de Saúde de Sobradinho) já apresentava, em 1975, os sinais de seu esgotamento como estratégia reformista curricular, com fortes tendências a se configurar conforme o padrão flexneriano de hospital escola.

Os avanços realizados pelo Projeto Planaltina incluem, sob o aspecto da articulação ensino e serviço, a criação de algumas disciplinas optativas no curso de graduação em medicina da UnB, o desenho de uma projeto de regionalização docente assistencial que sequer pode ser iniciado e a implantação de um programa de especialização (Residência em Saúde Comunitária), cujo funcionamento logrou formar apenas três turmas, em razão do encerramento do Projeto Planaltina por decisão do Reitor da UnB em 1978³³.

A concepção de um novo agente de saúde foi o componente do Projeto Planaltina que alcançou maior repercussão. Teve por base duas orientações chave: a larga experiência da equipe de saúde local, que há cerca de dez anos atuava nas comunidades rurais de Planaltina e Jardim e, no contexto urbano, a bem sucedida experiência do Centro de Desenvol-

33 O registro que foi possível resgatar sobre esse tema consta de dois artigos publicados na Folha de São Paulo pelos protagonistas de uma contenda política na universidade que refletia, na verdade, o clima político institucional mais geral vigente naquele momento histórico.

vimento Social com a atuação da equipe de serviço social na comunidade. Dessa confluência resultou um programa de formação com integração ensino-serviço de um novo integrante da equipe de saúde, o auxiliar de saúde ou agente de saúde do Projeto Planaltina.

No Distrito Federal, essa função foi incorporada à proposta de expansão da rede básica de saúde (FREJAT apud PEREIRA, 1981). Além disso, a experiência com o auxiliar de saúde de Planaltina foi levada para o interior do Ceará por dois protagonistas do Projeto Planaltina³⁴, que mais tarde a implantaram como programa de extensão de cobertura de atenção primária para todo o Estado do Ceará³⁵. Esse programa no Ceará foi a principal referência teórica e prática que orientou a formulação e implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) pelo Ministério da Saúde, inicialmente no Nordeste e atualmente em todo o País como parte da estratégia de Saúde da Família.

O terceiro componente do Projeto Planaltina referia-se à participação social. Suas repercussões foram muito importantes no âmbito local naquele momento, resultando em atividades de grande interesse comunitário, levadas a efeito mediante ação coordenada de várias agências do governo local e representantes de moradores, como campanhas de vacinação, de tratamento de verminoses, de saneamento básico e tantas outras. A sinergia entre o poder público e os interesses comunitários foi exercitada no contexto da participação social tolhida pelo regime autoritário então vigente, produzindo resultados práticos e imediatos para a população da cidade, bem como propiciando a aprendizagem de lições que, juntamente com tantas e tantas outras pelo país afora, contribuíram para a proposta hoje consagrada na Constituição Federal como um princípio organizativo do sistema de saúde, a participação e o controle social.

6.2. PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL

Uma etapa expressiva na história da atenção primária no DF corresponde à expansão da rede de centros de saúde, propiciada pelo Plano de

34 O casal Miriam Campos Lavor e Antônio Carlile Holanda Lavor.

35 Freedhein, Sara Beth (1993).

Assistência a Saúde do Distrito Federal, adotado pelo Governo de Distrito Federal na gestão 1979-1984. Carvalho (1999) acredita que essa expansão teve inspiração da experiência de Planaltina, porque o secretário de saúde responsável pelo Plano, médico Jofran Frejat, “*sempre acompanhou com grande interesse os trabalhos realizados*” naquela Cidade Satélite.

As linhas mestras desse plano incluíam o estabelecimento de uma rede de complexidade crescente estrategicamente localizada e a regionalização da prestação de serviços, visando facilitar e direcionar o acesso às estruturas assistenciais de acordo com os graus de complexidade. O plano previa, em sua primeira etapa, a construção de 35 centros de saúde. Os postos de saúde seriam construídos posteriormente. A regionalização se estabeleceu com a divisão do DF em oito administrações regionais de saúde³⁶, cada uma com pelo menos um hospital regional.

Nos centros de saúde,

“...a atenção às pessoas e à comunidade abrange ações programadas de prevenção de enfermidades, assistência médica (clínica médica, pediátrica e gineco-obstetrícia) e odontológica, com esquemas de encaminhamento à rede hospitalar para diagnóstico e tratamento especializado. Também fornecem medicamentos essenciais e alimentos aos grupos mais vulneráveis, desenvolvem atividades de educação em saúde e de apoio às atividades de saneamento ambiental. Todas essas ações devem ser desenvolvidas com a participação ativa da comunidade na identificação de problemas e prioridades, na busca de soluções e na avaliação de resultados. Os centros de saúde serão responsáveis pelo atendimento a população de uma área bem definida e para isso será feito zoneamento de todo o Distrito Federal. As suas atividades serão organizadas para permitir o controle de grupos vulneráveis (gestantes, crianças pequenas, etc.) e a procura sistemática daqueles que mais necessitam de atenção médico-social” (PEREIRA, 1981).

36 Asa Sul (incluindo Lago Sul, Núcleo Bandeirante, Guará I e II, Cruzeiro), Asa Norte (incluindo Lago Norte), Gama, Taguatinga, Ceilândia, Brazlândia, Sobradinho e Planaltina.

Nos primeiros dois anos e meio de gestão foram implantados trinta e três centros de saúde (que vieram se somar aos cinco já existentes), com área construída de 800 m² e as seguintes instalações: dez consultórios médicos, um consultório odontológico e salas específicas para pronto atendimento, imunização, colheita de material para exames laboratoriais, serviço social e enfermagem.

A localização dos postos de saúde dar-se-ia:

“... em áreas onde a relação população / Centro de Saúde exceda a algo em torno de 30 mil pessoas, em locais com lideranças (institucionais ou particulares) dispostas a arcarem com o ônus de sua implantação ou funcionamento, em áreas de alta concentração de doenças e em zonas rurais. (...) Funcionando em espaço reduzido (cerca de 60m²) podem comportar dois consultórios para clínica geral e uma sala de vacinação a um baixo custo de manutenção. A oferta de atendimento médico será flexível podendo ser de apenas algumas horas por semana” (PEREIRA, 1981).

A população correspondente a cada posto de saúde foi prevista em torno de cinco mil pessoas, a serem atendidas por uma equipe composta por dois médicos clínicos, um auxiliar de enfermagem e dois agentes de saúde. O perfil ocupacional desses agentes de saúde pretendia ser o mesmo do Projeto Planaltina, mais voltado para o trabalho na comunidade que dentro da unidade de saúde.

A proposta representou uma retomada do Plano Bandeira de Mello, constituindo a mais sólida iniciativa até aquele momento realizada pelo sistema de saúde do Distrito Federal, voltada para a extensão de cobertura com foco na atenção primária. Não obstante suas virtudes como solução clássica para expansão de serviços de saúde nesse território, o novo plano ignorou a problemática regional onde o mesmo se localiza, com municípios e populações carentes e dependentes da infra-estrutura urbana implantada no quadrilátero da capital federal. Segundo Simões Barbosa (1980), foram construídos

“... grandes centros de saúde no próprio DF, aumentando, assim, a concentração de recursos na Capital da República ignorando os princípios fundamentais da regionalização de serviços de saúde”.

Essa avaliação tinha por base estudos realizados na época pelo INAMPS e pelo MPAS, com assessoria de protagonistas do Projeto Planaltina, que sugeriam a criação de redes de serviços básicos no entorno do Distrito Federal de modo articulado com sua rede própria.

Após a gestão governamental que implantou o Plano de Assistência à Saúde no Distrito Federal (1979-1984), atenuaram-se ao longo dos dez anos seguintes os esforços em torno da atenção primária no Distrito Federal. Os postos satélites dos centros de saúde não foram implantados e a rede desses centros foi se estagnando progressivamente em decorrência de múltiplos fatores, como a inoperância do modelo gerencial centralizado, a falta de articulação com as unidades hospitalares e o desprestígio das equipes dos centros e postos de saúde em relação às dos hospitais.

Somente a partir de 1993 foram tomadas providências mais expressivas para recuperar a capacidade operacional e resolutive da rede de atenção primária do Distrito Federal, com a implantação de uma metodologia de desenvolvimento gerencial - o Projeto GERUS³⁷ - recomendada pela cooperação técnica da Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil e pelo Ministério da Saúde. Entretanto, essa iniciativa foi interrompida com a mudança de equipe governamental. Além dos aspectos políticos implicados nessa transição que resultaram na reorientação da estratégia de gestão anteriormente adotada para a rede básica de saúde do Distrito Federal, deve ser considerado outro importante fator, cuja referência torna-se fundamental, pois tem a ver com a proposta que, a partir de 1995, foi implantada em todo o país como a versão brasileira da nova APS, que é o PSF.

A implantação do PSF no Brasil foi marcada por uma polêmica dissociação entre sua estratégia operacional e o funcionamento da rede de centros e postos de saúde, que constitui a infra-estrutura da saúde pública

37 SANTANA, José Paranaquá de (Coord.). Capacitação em Gerência de unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário. Brasília, OPAS, 1993. 96p. (Série Desenvolvimento de Recursos Humanos, N.º 4).

do país. Com base em uma avaliação amplamente disseminada sobre a precariedade e a inoperância dessa rede tradicional, pretendeu-se evitar a contaminação das equipes do PSF com as mazelas desses serviços. Tal orientação adquiriu as feições de uma cruzada nacional contra a rede convencional de unidades de atenção primária, em prol da implantação de uma nova proposta denominada de unidades de saúde da família. Generalizou-se uma atitude contra qualquer iniciativa que pretendesse valorizar ou recuperar a capacidade resolutiva dos centros e postos de saúde da rede de serviços já instalada. Nesse contexto, em muitas localidades do país observou-se certo rechaço da metodologia do Projeto GERUS, por associação natural com essa concepção demonizada dos centros de saúde tradicionais.

No caso do Distrito Federal foi bastante nítida a dissociação entre a estratégia de saúde da família, implantada a partir de 1997 sob a denominação de Saúde em Casa, e a rede de centros e postos de saúde implantada no início dos anos oitenta, sob inspiração mais antiga do Plano Bandeira de Melo e influência mais próxima do Projeto Planaltina. Essa dissociação contribuiu para a involução do processo de recuperação dessa rede, vigente no período 1993-94 com apoio do Projeto GERUS, iniciando um novo ciclo de apatia da rede básica de saúde que perdura até a atualidade. Em boa medida, esse distanciamento entre a rede básica tradicional e a nova estratégia de saúde da família explica também as dificuldades que demarcam a evolução da APS/PSF no Distrito Federal. Mas essa história já pertence ao próximo capítulo.

7

SAÚDE DA FAMÍLIA NO SETOR PÚBLICO: AS PROPOSTAS DA SES/DF

Uma nova fase do processo de desenvolvimento da atenção primária no Distrito Federal corresponde à implantação do Programa de Saúde da Família, proposta pelo Ministério da Saúde como estratégia orientadora do modelo assistencial do Sistema Único de Saúde. A implantação dessa estratégia no Distrito Federal se desdobra em três etapas, de acordo com as orientações políticas do Governo local, correspondendo às denominações que o programa recebeu: saúde em casa, saúde da família e família saudável.

7.1. SAÚDE EM CASA

A despeito de contar com uma estrutura física de atenção básica em dimensão dificilmente encontrada em outras unidades federadas, o DF não está entre as primeiras dessas unidades a aderir à estratégia de saúde família. Com efeito, tal iniciativa só foi definida em 1997, na segunda metade do Governo Cristovam Buarque (1995-1998).

Sob o ponto de vista conceitual o PSC não apresenta diferencial digno de monta do modelo original proposto pelo MS em 1994: equipe multidisciplinar, ênfase na promoção e proteção da saúde, atenção no domicílio, foco sobre a família, participação popular. Ultrapassando essas características gerais, o programa do DF incorporou aspectos nem sempre coincidentes com o padrão proposto pelo Ministério da Saúde.

O PSC deslanchou contanto exclusivamente com recursos próprios do GDF, que pretendia resultados imediatos e concretos com sua acele-

rada implantação. Somente mais tarde passou a receber subsídios do MS, da mesma forma e valores adotados nacionalmente. Essa orientação política diferenciada em relação ao governo federal explica adoção da marca “Saúde em Casa”, própria do programa no Distrito Federal.

Outra particularidade, ainda que não totalmente original, foi a instalação das equipes do PSC em casas alugadas nas comunidades, constituindo as unidades de Saúde em Casa (DISTRITO FEDERAL, 1998), fora portanto das instalações próprias Fundação Hospitalar do Distrito Federal³⁸. Razões para essa opção não foram encontradas na bibliografia consultada. Pode ter sido uma solução transitória relacionada à rapidez de implantação do programa, pois construir, reformar ou ampliar unidades públicas de saúde requer habitualmente lento e tortuoso processo burocrático. Possivelmente pretendeu-se também minorar as dificuldades de convivência entre categorias de trabalhadores com regimes de trabalho distintos, pois os trabalhadores do PSC foram contratados por uma modalidade especial, diferente daquela praticada pela FHDF, que obedecia ao regime estatutário. Além disso, a vinculação das equipes do novo programa era feita em regime de dedicação exclusiva, exigência que não se aplicava a quaisquer outros trabalhadores da saúde no DF, com salários também diferenciados (ROZA, 2003).

O PSC começou em maio de 1997, com dezessete equipes em Santa Maria e nove em São Sebastião, cobrindo praticamente toda a população dessas áreas carentes do Distrito Federal. No ano seguinte foram implantadas trezentos e setenta equipes em todas as regiões administrativas (exceto as áreas mais afluentes - Plano Piloto, Lago Sul e Lago Norte), com uma cobertura de 60% de toda a população do DF. O ponto frágil dessa política de exclusão seletiva foi o descaso das classes sociais mais abastadas, sabidamente as de maior poder de pressão pela perenidade de políticas públicas, disseminando a impressão de que o PSC seria uma proposta precária de atenção à saúde para a população pobre.

A concepção sobre a atuação do médico não destoava da recomendação convencional sobre o perfil de um generalista, lhe cabendo atri-

38 Entidade executora da política e das ações da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, mediante rede de unidades hospitalares e ambulatoriais distribuídas em todas as suas regiões administrativas.

buições inerentes à profissão junto a todas as pessoas da família - idosos, adultos, adolescentes e crianças - e realizando atendimento na unidade, no domicílio e na comunidade, além de encaminhamento dos casos que exijam atenção especializada, acompanhamento dos pacientes internados, procedimentos educativos, atividades de vigilância a saúde, participação na administração da unidade, do planejamento das atividades comunitárias e articulação com outros setores do governo a fim de resolver os problemas que ultrapassam os limites de atuação do setor saúde.

Um fator importante na caracterização do PSC foi seu instrumento de gestão, mediante terceirização de compras e contratos por intermédio do Instituto Candango de Solidariedade. Essa solução administrativa resolveu os impasses emergenciais de implantação do programa, agilizando procedimentos que não poderiam ser adotados prontamente pela administração direta. Contudo, gerou distorções e resultou por caracterizar uma alternativa inaceitável ante as normas jurídicas do SUS, com desdobramentos prejudiciais que se projetaram nas fases subseqüentes da estratégia de saúde da família no Distrito Federal.

7.2. SAÚDE DA FAMÍLIA

Após as eleições de 1998, o novo Governo do Distrito Federal extinguiu o Programa Saúde em Casa, demitindo todos os seus profissionais. A seguir, implantou o Programa Saúde da Família, alegando adotar a verdadeira estratégia preconizada pelo Ministério da Saúde.

O salário dos trabalhadores das novas equipes foi reduzido, desmotivando sobremaneira a adesão à nova proposta, em especial por parte dos médicos, o que resultou na lenta e precária evolução da mesma.

O PSF configurou-se como uma iniciativa de baixa prioridade na política de saúde do Distrito Federal. Sua operação apresentava apenas tênues ligações com os serviços convencionais da rede de saúde, com evidente desprestígio e restrita vinculação normativa e técnica ao conjunto desse sistema, que se caracteriza por forte predomínio da assistência hospitalar e especializada.

A resultante dessa evolução consta no documento que quatro anos depois deu a largada para a implantação da terceira fase da estratégia de saúde da família no Distrito Federal:

“Dessa forma, ao final do ano de 2002, em todo o DF das 134 equipes implantadas apenas 38 delas estavam completas e em pleno funcionamento e, mesmo assim, desvinculadas das demais unidades da rede, normativa e assistencialmente” (DISTRITO FEDERAL, 2004).

7.3. FAMÍLIA SAUDÁVEL

No final de 2002, a rede de atenção primária do DF, composta pela ampla rede de centros de saúde e equipes de saúde da família, enfrentava “problemas de cobertura assistencial, articulação entre as unidades, composição das equipes e irregularidade na parceria entre a SES/DF e o Instituto Candango de Solidariedade” (DISTRITO FEDERAL, 2004). A cobertura, em média aparentemente satisfatória (85%) quando comparada à de outras localidades do país, apresentava desigualdades aberrantes, apresentando-se abaixo da média em regiões de população pobre como Sobradinho, Planaltina, Paranoá e São Sebastião, em contraste com uma cobertura plena para regiões com população de alta renda, como Lago Sul e Lago Norte do Plano Piloto e, mais estranhamente ainda, com cobertura zero em regiões com problemas mais acentuados de migração desordenada, como Candangolândia. Acentuara-se a falta de entrosamento entre os centros de saúde e as equipes de saúde da família, agravada pela desorganização das mesmas em termos de composição profissional. Em grande medida esses problemas resultavam de outros decorrentes do mecanismo de terceirização gerencial do programa de saúde, intermediado pelo Instituto Candango de Solidariedade.

Buscando superar essas dificuldades, a SES/DF reformulou alguns aspectos de sua estratégia, passando a operar por intermédio da Fundação Zerbini. Essa nova parceria que vigiu, por intermédio de convênio, nos anos 2005 e 2006, considerou, um escopo mais amplo, não se limitando à

implementação do Programa Família Saudável. Conforme objeto do convênio firmado a amplitude do objeto do convênio visou potencializar e diversificar a atuação institucional conjugada para além do que ortodoxamente se considera atenção básica, contemplando³⁹:

- O Programa de Saúde Prisional, com oito equipes multiprofissionais de saúde, distribuídas proporcionalmente à população carcerária de cada unidade prisional. Em novembro de 2005 foi construída outra unidade prisional, sendo implantadas mais duas equipes de saúde.
- A Coordenadoria de Saúde Mental, na operação de dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no Guará e um em Sobradinho, para tratamento de dependentes de álcool e outras drogas. Em março de 2006 foi inaugurado mais um centro no Paranoá, para “dar suporte terapêutico aos portadores de transtornos mentais e a seus familiares, preconizando a reabilitação psicossocial mediante princípios como o respeito e recontextualização das suas diferenças, inclusão social, preservação de sua identidade e cidadania”.
- Atividades especializadas no campo da saúde bucal inclusive um laboratório de prótese dental.

Estimava-se que o Programa Família Saudável encerrasse 2005 com cerca de mil e trezentos profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários), compondo cento e trinta equipes. A expectativa oficial era mais otimista⁴⁰, anunciando ampliação do número de equipes e do quadro de profissionais do programa: “...no DF serão implantadas 215 equipes até o final deste ano e outras 215 até 2006. As unidades terão sedes próprias e não mais dividirão espaço com os servidores dos centros de saúde, como ocorre atualmente. O GDF já autorizou a construção das 100 primeiras unidades, com estrutura em argamassa armada”.

39 Informes divulgados pela pelo GDF em sua pagina de Internet <http://www.saude.df.gov.br>, Acesso em: 31 ago 2006.

40 http://www.saude.df.gov.br/005/00502001.asp?ttCD_CHAVE=6802. Acesso em 7 nov 2005.

A orientação do Programa Família Saudável naquele momento é que o mesmo deixaria de ser terceirizado, conforme Lei nº 3.716, de 09 de dezembro de 2005, que dispõe sobre a criação de empregos e cargos que permitirão a formação de quadro próprio para consolidação do programa. Contudo, quando da aplicação do questionário da pesquisa realizada pelo Observatório de Recursos Humanos em Saúde do NESP/UnB em novembro de 2005, verificou-se que permaneciam apenas trinta e oito médicos nas de equipes do programa.

A configuração atual da proposta de APS/PSF da SES/DF, resultante do ano de encerramento do Governo Roriz bem como das perspectivas no início do Governo Arruda, extrapolam o escopo do presente relatório. Esse tema será tratado em publicações futuras da linha de pesquisa do Observatório da UnB.

8

SAÚDE DA FAMÍLIA NO SETOR PRIVADO: O PLANO DE SAÚDE DA CASSI/DF

A Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI) foi criada em 1944, como uma caixa de auxílio de adesão voluntária. Desde a sua criação, a CASSI suplementava os serviços que eram prestados pelo Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Bancários (IAPB) e pelos Serviços de Saúde próprios do Banco.

Em 1967, com a extinção do IAPB e a conseqüente fusão dos serviços dos antigos Institutos de aposentadorias e pensões no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o número de associados à CASSI teve um grande incremento⁴¹ e, a partir de 1973, a filiação à CASSI passou a ser obrigatória para os funcionários do Banco do Brasil. Nos anos subseqüentes, o Banco foi responsável pela administração da CASSI. A modernização e autonomia administrativa da instituição aconteceu nos anos 90.

Atualmente a CASSI é uma entidade de autogestão⁴², com personalidade jurídica de direito privado. Tem um Conselho Deliberativo composto por cinco membros: dois indicados pelo Banco do Brasil e três eleitos entre seus associados. Tem uma Diretoria Executiva formada por quatro diretores (Diretor Superintendente, Diretor de Produtos e Atendimento ao Cliente, Diretor de Saúde Tecnologia da Informação e Diretor de Administração e Finanças) aos quais se subordinam gerências.

41 COMITÊ DE INTEGRAÇÃO DE ENTIDADES FECHADAS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. A história da autogestão em saúde no Brasil. São Paulo, CIEFAS, 2000.

42 A autogestão é uma modalidade em que a própria organização sem finalidade lucrativa administra a assistência à saúde dos beneficiários a ela vinculados. A direção dos planos de saúde na modalidade de autogestão pode ser exercida de forma predominante pela empresa patrocinadora, no caso de plano para seus empregados; predominantemente pelo corpo social, no caso de associações de classe ou cooperativas; ou ainda de forma conjunta (co-gestão).

A atuação da CASSI estende-se por todo o Brasil. Para administrar a prestação de serviços de saúde para seus participantes, a CASSI conta com onze regionais (RS, PR, SP, RJ, MG, GO, DF, BA, PE, CE, PA), doze sedes estaduais (AM, MA, AL, SE, RN, PI, PB, MT, MS, ES e SC), além de núcleos⁴³ em localidades de diversos estados (Araçatuba, Campos de Goytacazes, Passo Fundo, Pelotas, Santa Maria, São José dos Campos, Sorocaba, Blumenau, Caruaru, Marília, Piracicaba, Dourados, Governador Valadares, Juazeiro do Norte, Uberaba).

Para associar-se à CASSI, desde 1998, os funcionários do Banco contribuem com 3% sobre seus vencimentos e o Banco outros 3%. Essa contribuição independe do número de dependentes diretos do funcionário. Este plano restrito aos funcionários do Banco do Brasil se chama Plano Associado.

Em 1997 foi criado o Plano CASSI Família que permitiu a inclusão de familiares de associados e de ex-associados⁴⁴. Este novo plano, cujo custeio é feito por meio de prêmio variável com a faixa etária dos beneficiários, teve grande número de adesões. Logo no primeiro ano de seu lançamento foram feitas cerca de 130.000 inscrições. Em 2004, o Plano CASSI Família contava com quase 279 mil participantes.

O total de beneficiários da CASSI foi de cerca de 735 mil em 2004. Destes, 400.506 vinculados ao Plano Associado; 278.957 participantes do CASSI Família; 4.075 vinculados ao Plano FunciCASSI e 52.360 participantes de Convênios de Reciprocidade⁴⁵.

A cobertura do Plano Associados (servidores) é bastante ampla. Ademais, no Plano Associados pode ser exercida a livre escolha do profissional. Nestes casos, a CASSI reembolsa seus associados de acordo com tabela própria. Aos associados também são feitos empréstimos para reembolso de gastos com medicamentos. No Plano Associados há co-

43 Núcleos da Cassi, antes conhecidos como núcleos do interior, tinham como objetivo proporcionar maior aproximação com o público assistido. Os núcleos prestam serviços administrativos, além de perícia médica, auditoria, relacionamento com o mercado, negociações com prestadores, oferta do Cassi Família, entre outros. Numa segunda fase, deverão orientar a implantação da estratégia saúde da família nas localidades do interior.

44 Parentes até 3º grau dos funcionários e ex-funcionários do Banco do Brasil; parentes até 3º grau dos funcionários da Cassi; ex-cônjuge; filhos de parentes de 3º grau de parto coberto.

45 Beneficiários de outras operadoras que, por meio de convênio, são atendidos pelos serviços da Cassi.

participação do associado em todos os serviços prestados. Por outro lado, a cobertura do Plano CASSI Família segue as normas estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Neste plano não há co-participação, mas os participantes têm que utilizar a rede credenciada.

A CASSI tem cerca de 60.000 credenciados, incluindo-se hospitais, laboratórios e profissionais. A diferenciação nos produtos (planos) do CASSI Família é feita pelas coberturas incluídas. A rede credenciada é a mesma em todos os produtos. Os prestadores credenciados são pagos por produção.

8.1. UMA MUDANÇA DE PARADIGMA⁴⁶

Até a reforma estatutária de 1996, a CASSI exercia apenas a função de intermediação da prestação de serviços para seus associados, sem qualquer forma de gestão ou regulação do uso dos serviços. Esta reforma baseou-se nos seguintes princípios⁴⁷: (i) mudança do negócio (de intermediação de serviços para administradora de planos de saúde); (ii) ajuste no custeio (aumento da contribuição dos patrocinadores); (iii) abertura para o mercado (criação de novos planos de saúde e planos administrados); (iv) mudança no modelo de gestão (administração compartilhada entre os dois patrocinadores – Banco do Brasil e associados); e, (v) adoção de uma nova missão: “Prestar assistência integral à saúde do usuário com ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação para melhoria da qualidade de vida”.

O conceito de prestar “assistência integral à saúde” dos usuários, e não somente a provisão de cuidados nas enfermidades, foi o principal fator impulsionador das transformações pelas quais passou a CASSI. De 1996 a 2001 a instituição tentou ampliar o modelo de assistência integral. Começou por implantar unidades assistenciais próprias. Contudo, poucos foram os serviços implantados dentro do novo modelo, que preconizava a

46 Foram implantadas seis CLINICASSI (Rio de Janeiro, Campinas, São Paulo, Recife, Salvador e Belo Horizonte) e dois Sempre Saúde (Curitiba e Distrito Federal).

47 As informações sobre a nova proposta de organização constantes neste tópico foram obtidas em entrevistas com dirigentes da Cassi, e também consultadas em CASSI, 2001.

facilitação do acesso, a humanização do atendimento, o estabelecimento de vínculo e responsabilização, a resolubilidade e autonomia no trabalho em equipe. Contudo, a pequena dimensão da rede própria, no entendimento da direção CASSI, dificultava a consolidação do modelo de atenção integral e não permitia governabilidade sobre a assistência prestada aos usuários.

Desta forma, em novembro de 2000 foi definido como principal estratégia da empresa para o ano de 2001 “adequar e implantar serviços próprios de acordo com o modelo de saúde”. Ou seja, ao concentrar nas unidades de atendimento próprias a coordenação dos cuidados integrais à saúde da população, a CASSI buscava assumir, efetivamente, a gestão da atenção à saúde da população beneficiária, mediante a gestão dos riscos populacionais baseada no conhecimento dos riscos, danos e causas das enfermidades que acometem a população, e gestão da oferta e da utilização dos serviços. A nova visão pautada por esse modelo tem como características: (i) atenção à saúde centrada na promoção da saúde, prevenção de doenças, cura e reabilitação; (ii) respostas às necessidades de saúde, referidas ou não, de forma contínua e regionalizada; (iii) ênfase na integralidade, regionalização e hierarquização da assistência; (iv) usuários como sujeitos do processo saúde/doença, integrados ao ambiente familiar, de trabalho e social; (v) otimização e utilização adequada de serviços para o atendimento dos problemas de saúde; (vi) conhecimento e poder distribuídos na equipe de saúde; (vii) estabelecimento de vínculo entre profissionais/serviços e a comunidade; (viii) relação custo benefício mais adequada; (ix) estímulo à autonomia do indivíduo e ao autocuidado; (x) racionalização do uso de tecnologias, incorporando-as de forma crítica; e, (xi) definição do perfil epidemiológico da população, buscando a prevenção.

Para viabilizar o modelo de atenção integral, apostou-se na reorganização e expansão da rede de unidades próprias da CASSI. Os Módulos de Atenção Integral à Saúde são formados por unidades próprias da CASSI. Esses módulos devem funcionar como porta de entrada preferencial ao sistema de saúde da CASSI, além de articular as ações nos três níveis de assistência à saúde de forma a garantir a atenção integral.

Desta forma, a expansão de uma rede própria, que prestasse atenção integral e que, sobretudo, coordenasse a prestação de cuidados aos

usuários dos planos da CASSI foi a grande elemento organizacional para a mudança do paradigma assistencial da empresa.

8.2. A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA⁴⁸

A mudança do paradigma assistencial, no entanto, seria incompleta caso não se apoiasse no reforço da atenção primária. Nesse caso, a estratégia escolhida foi a da Saúde da Família. A implantação da Estratégia Saúde da Família, como uma política de alcance nacional a partir de agosto de 2003, tem sido um instrumento de consolidação dos Módulos de Atenção Integral à Saúde, que conformam a diretriz assistencial da empresa desde 1996.

As equipes da Estratégia Saúde da Família são responsáveis pela coordenação dos cuidados aos participantes dos planos da CASSI. Para tanto, é feito um cadastramento dos beneficiários que se caracteriza como uma inserção formal na estratégia assistencial, além de fornecer dados indispensáveis ao planejamento das ações.

Para o desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família, são formadas equipes multidisciplinares compostas por: médico de família, técnicos de enfermagem, psicólogos, enfermeiros, nutricionistas e assistentes sociais. Os parâmetros de tamanho e composição destas equipes estão previstos no Documento Diretor para Organização dos Serviços Próprios⁴⁹, aprovado em 2001: um médico de família e um técnico de enfermagem – a chamada Equipe Nuclear – para cada 1.200 usuários ou 400 famílias cadastradas; para cada três equipes nucleares, uma enfermeira, uma assistente social, um psicólogo e um nutricionista.

A implantação da Estratégia de Saúde da Família está sendo feita por etapas. Nas primeira e segunda etapas o objetivo é alcançar 75% dos participantes do Plano Associados e os doentes crônicos mais graves do

48 As informações sobre a Estratégia de Saúde da Família constantes neste tópico foram obtidas em 2006 em entrevistas com dirigentes da Cassi e consultados no sítio web www.cassi.com.br.

49 CASSI. Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil. Diretoria de Saúde/Gerência de Saúde. Documento Diretor para Organização dos Serviços Próprios. Brasília-DF. 2001.

CASSI Família. Na terceira etapa, deverão estar cadastrados na estratégia todos os participantes do Plano Associados, toda a população de crônicos do CASSI Família, mais a demanda espontânea desse plano nas cidades com módulos de saúde da família. Espera-se ao final do terceiro etapa incorporar à estratégia de saúde da família, pelo menos 51% dos beneficiários da CASSI nas 27 capitais e 40% nas cidades de porte médio.

A Estratégia de Saúde da Família da CASSI está em expansão. Até agosto de 2005 havia sido implantada, em pelo menos um módulo, nas seguintes localidades: Curitiba-PR, Porto Alegre-RS, Fortaleza-CE, Teresina-PI, São Luis-MA, Goiânia-GO, Cuiabá-MT, Campo Grande-MS, Porto Velho-RO, Salvador-Ba, Aracaju-SE, Recife-PE, Natal-RN, João Pessoa-PB, Campina Grande-PB, Maceió-AL, Belém-PA, Manaus-AM, Rio Branco-AC, Florianópolis-SC, Brasília-DF, Belo Horizonte-MG, Rio de Janeiro (Centro e Copacabana).

Em 2004 foram cadastrados 42.659 participantes da ESF. Esse número já chegava a 64.418 em julho de 2005. Em novembro desse mesmo ano, a estratégia já contava com 111 equipes no país e haviam sido cadastrados cerca de 73.300 participantes. A estimativa é que, até 2007, a Estratégia Saúde da Família esteja implantada em 64 localidades, devendo incluir todas as capitais e diversas cidades do interior.

Os preparativos para implantação da Estratégia Saúde da Família remontam a 2001, quando iniciou-se a capacitação de profissionais no Curso Básico em Saúde da Família (CBSF), com quatro módulos e carga horária total de 56 horas, desenvolvido pela Universidade de Toronto, Canadá, incluindo conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para exercer os princípios da Medicina Familiar. Já foram capacitados 600 colaboradores em todo o Brasil, 130 somente em 2005.

Brasília, Goiânia e Curitiba, principalmente esta última, foram as localidades que serviram de “piloto” para a expansão da estratégia para outras localidades. Na Capital Federal a CASSI deverá implantar quatro módulos: Módulo I - Sul; Módulo II - Norte; Módulo III - Sudoeste e Módulo IV - Taguatinga. Para cada módulo é definida uma área de abrangência.

Quando da realização da pesquisa, em novembro de 2005, somente estava em operação o Módulo I – Brasília Sul, com as seguintes áreas de

abrangência: Asa Sul, Lago Sul, Núcleo Bandeirantes, São Sebastião, Park Way e SOF Sul. Nessa época, os planos da CASSI no Distrito Federal tinham pouco mais de 44 mil participantes: 29.141 no Plano Associados e 15.130 no Saúde Família.



TERCEIRA PARTE:

ASPECTOS INSTITUCIONAIS DO
EMPREGO E DA ATIVIDADE DO
MÉDICO NA ATENÇÃO À SAÚDE DA
FAMÍLIA NO DISTRITO FEDERAL:
ESTUDO DE CASO NOS SETORES
PÚBLICO E PRIVADO





ASPECTOS INSTITUCIONAIS DO EMPREGO E DA ATIVIDADE DO MÉDICO NA ATENÇÃO À SAÚDE DA FAMÍLIA NO DISTRITO FEDERAL: ESTUDO DE CASO NOS SETORES PÚBLICO E PRIVADO

9

ANTECEDENTES E OBJETIVOS

O Observatório de Recursos Humanos de Saúde tem como propósito desenvolver estudos e difusão de informações relacionadas aos processos de regulação profissional, formação e gestão de trabalhadores de saúde, bem como de formulação e avaliação de políticas de recursos humanos no setor saúde no Brasil.

O objetivo deste estudo foi desenvolver investigações sobre situações específicas, como é o caso das equipes de saúde da família no Distrito Federal, buscando identificar as características de sua organização e operação, tanto nos programas do setor público como do setor privado. Nessa linha seus objetivos específicos se propuseram a: (a) Compilar e revisar a literatura sobre temas associados a aspectos institucionais e do emprego do médico, na atenção básica em saúde/saúde da família no Brasil; (b) Realizar estudo sobre as atividades tradicionais e inovadoras na atenção básica/saúde da família, nos setores público e privado no Distrito Federal; (c) Realizar estudo sobre as competências dos médicos atuantes nos programas da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF)

e da Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil do Distrito Federal (CASSI/DF), que adotam a estratégia de saúde da família; (d) Analisar as relações institucionais entre os setores público e privado no âmbito da atenção básica/saúde da família no Distrito Federal; (e) Avaliar as implicações da estratégia de saúde da família para as políticas públicas de formação e gestão do trabalho no setor saúde no âmbito do Distrito Federal.

Alguns antecedentes considerados na estruturação da pesquisa fundamentaram sua realização:

- Compromisso do setor público com a implantação da estratégia de saúde da família como instrumento de justiça e inclusão social no campo da saúde.
- Interesse crescente das organizações privadas com esse modelo de organização da atenção à saúde. No caso da Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil – CASSI, a estratégia de saúde da família encontra-se em execução em 23 capitais do País, inclusive no Distrito Federal.
- Demandas por capacidade organizacional e operacional desses serviços, a partir de objetivos gerenciais e da expectativa da sociedade pela melhoria da qualidade dos serviços, bem como do controle sobre os mesmos.
- Escassez de estudos e informações sobre as características desse modelo de atenção, disponíveis para as instituições educacionais e contratadoras dos profissionais.
- Necessidade de desenvolvimento de metodologias de investigação e difusão de informações sobre o tema, entre as estações de trabalho da Rede Observatório de Recursos Humanos no Brasil e demais países da Região das Américas.
- A literatura recente sobre o assunto revela alguns estudos de caráter mais geral, mesmo quando tratam das equipes. Este projeto ora apresentado buscará suprir algumas necessidades de estudo nesse campo, contribuindo com referência e revisão bibliográfica e com estudo de caso no DF, focalizando o profissional médico, atuante nos setores público e privado, cuja análise e resultados terão difusão pública.

10

METODOLOGIA

O projeto foi desenvolvido como estudo de caso, considerando o universo de médicos das equipes do Programa Família Saudável da SES/DF e das equipes da Estratégia Saúde da Família da CASSI/DF, com o objetivo de analisar os aspectos institucionais, do emprego e da atividade desses profissionais, tanto nos programas do setor público como do setor privado do Distrito Federal.

A coordenação da pesquisa estabeleceu, como referência para o desenvolvimento de suas diversas etapas, uma estrutura básica orientadora da caracterização institucional do saúde da família na SES/DF e na CASSI/DF, que norteou tanto a adoção de roteiro para entrevista aos níveis centrais das instituições como a construção e aplicação de questionário para entrevista ao profissional médico. O recorte para um profissional da equipe foi adotado pela viabilidade de realização, constituindo uma primeira pesquisa de campo, nessa área, a cargo do Observatório de Recursos Humanos da UnB. O profissional focado no estudo, se constitui no ponto comum entre as equipes das duas instituições envolvidas.

O coordenador e a equipe de pesquisa adotaram como estratégia, em todos os momentos do estudo, a realização de reuniões para definição e elaboração de instrumentos chaves da pesquisa, a divisão de trabalho para aprofundamento e execução de algumas atividades e o retorno em equipe para intercâmbio, compatibilização e fechamento das várias etapas do trabalho. A revisão bibliográfica, a cargo de dois dos pesquisadores da equipe, envolveu um grande volume de publicações e documentos, dos quais foram selecionados aqueles considerados mais relevantes para inserção na pesquisa. A redação do relatório final foi assumida pelos diversos componentes da equipe e sua revisão e compatibilização ficaram a cargo do coordenador da pesquisa.

ETAPAS DESENVOLVIDAS

- Articulação com as instituições envolvidas para apresentação do projeto, com base no seu termo de referência, objetivando a obtenção da concordância das mesmas, além da perspectiva de estabelecimento conjunto da forma de trabalho considerada mais adequada, incluindo o agendamento das atividades que compuseram a etapa de coleta de dados;
- Apresentação do projeto para o Comitê de Ética da SES/DF, com aprovação do mesmo em agosto de 2005. O documento de aprovação consta em anexo;
- Conhecimento da literatura recente acerca do assunto (temas associados a aspectos institucionais e do emprego do médico, na atenção básica em saúde/saúde da família no Brasil), que serviu de base para consubstanciar os antecedentes e a contextualização do trabalho. A pesquisa bibliográfica teve como referência a BIREME, que deu acesso a fontes básicas para o setor, como Medline, Lilacs, SCielo, BDenf, Homeindex, PAHO/OMS e Wholis/OMS. Constituíram-se em apoio à pesquisa bibliográfica: Centro de Documentação da OPAS, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, Centro de Documentação da Fepecs/SES/DF, além da internet. Houve o estabelecimento, pela equipe da pesquisa, de uma estrutura orientadora por blocos de temas para nortear a leitura, revisão e seleção dos textos e seu aproveitamento no documento final do estudo, por intermédio de referências bibliográficas e de citações;
- Elaboração do questionário contemplando blocos de informações associadas ao perfil do médico, sua formação e experiência profissional, atuação individual e em equipe, referência e contra-referência, clientela atendida. O questionário foi composto e formatado com questões fechadas e algumas abertas para preenchimento dirigido. Por condicionantes do período de aplicação, associados ao período de instabilidade pelo qual passou a reconstrução da Fundação Zerbini (executora do Família Saudável)

pela SES/DF, além de dificuldades em identificar um profissional da área de estatística com disponibilidade para atuar com a equipe de pesquisa, ambos fatores de retardamento nos prazos, não houve oportunidade de realizar propriamente um pré-teste antecedendo a coleta de dados. De qualquer forma essa opção foi assumida pela equipe, tanto pelos prazos, como porque este primeiro estudo também teve como objetivo testar essa metodologia e seus instrumentos. Estamos anexando o modelo original do questionário aplicado e um segundo modelo revisto e aperfeiçoado pela equipe durante o período de análise e que fica como sugestão para outros estudos desse teor;

- Coleta de dados junto ao universo dos médicos das duas instituições, excetuando-se os casos de licença médica e outras eventualidades. Do total de 7 médicos da CASSI/DF todos preencheram o questionário e na SES/DF houve o total de 31 questionários preenchidos e 06 ausências. Procedimentos adotados na etapa de coleta de dados:
 - A partir do agendamento de datas e de agrupamentos de médicos, definidos pelas instituições - no caso da CASSI em conjunto pelos níveis central e regional e no caso da SES/DF pela Fundação Zerbini, gerente executiva do programa - a equipe de pesquisa destacou 2 a 3 de seus integrantes que se responsabilizaram pela aplicação dos questionários;
 - A equipe de pesquisa apresentou inicialmente aos médicos a proposta do estudo e as características do Observatório de Recursos Humanos em Saúde, responsável pelo mesmo no âmbito da Universidade. Em seguida foram fornecidos aos médicos o termo de consentimento livre e esclarecido e o questionário para preenchimento individual, sem solicitação da identificação nominal. Os profissionais tiveram a liberdade de participar ou não da pesquisa, mas todos os presentes às reuniões agendadas optaram por participar;

- Os 7 médicos da CASSI/DF foram reunidos em 2 grupos, correspondentes a diferentes regiões de atendimento, em dias subseqüentes do mês de setembro/05. Esteve presente na parte inicial das reuniões uma gerente da CASSI Regional;
- A aplicação na SES/DF ocorreu basicamente no mês de outubro/05, totalizando 31 questionários preenchidos. Houve o agrupamento dos médicos por Regionais: a) Paranoá e São Sebastião; b) Samambaia, Recanto das Emas e Brazlândia; c) Guará, Núcleo Bandeirante e Riacho Fundo; d) Gama e Santa Maria; e) Sobradinho e Planaltina. Nestes dois últimos agrupamentos (“d” e “e”) foi possível a obtenção do preenchimento de todos os questionários, alguns na própria data agendada, outros posteriormente, no mês de novembro, com a colaboração das supervisoras e suas equipes. No conjunto das demais houve algumas ausências em função de férias (dois casos), licença (um caso), dificuldades de comunicação entre as regionais (2 casos) e simplesmente por falta de comparecimento (um caso). Em todas as reuniões houve presença do(a) Supervisor(a) da Regional que sediou essa etapa;
- De modo geral o tempo de preenchimento pelos médicos das duas instituições foi de 40 min., tendo sido registrado o tempo mínimo de 15 min. e o máximo de 75 min. Eventuais dúvidas foram esclarecidas pela equipe de pesquisa e em ambas as instituições estiveram mais relacionadas a: questões que pediam pós graduação estrito senso e depois se desdobravam em novas solicitações para quem havia respondido afirmativamente; número de itens passíveis de serem marcados quando a questão apresentava diversas alternativas não excludentes; noção de supervisão médica; questões que solicitavam a resposta em etapas – sim ou não, seguidas de desdobramentos para quem havia respondido afirmativamente. Estes pontos, acrescidos da crítica feita pela equipe durante a consolidação e a análise subsidiaram a revisão do questionário para novas pesquisas que venham a ser feitas nessa direção.

- Elaboração de roteiro institucional, objetivando o conhecimento, junto ao nível central das entidades, de informações relativas às diretrizes, à caracterização do programa, referenciais para o trabalho, formas de inserção e capacitação dos profissionais, além de aspectos ligados à clientela. Foi elaborado um roteiro básico, encaminhado previamente às instituições e houve um detalhamento com lembretes para subsidiar os participantes da equipe de pesquisa que conduziram as entrevistas. O roteiro básico está anexado;
- Foram agendadas e realizadas entrevistas em novembro/05 com a Diretoria de Saúde da Família da SES/DF e com a Divisão de Saúde da CASSI/DF. Foi também entrevistada, em dezembro/05, a Diretoria Técnica da Fundação Zerbini, entidade contratada pela SES/DF para atuar como gerente executiva do programa família saudável. Dois integrantes da equipe de pesquisa responsabilizaram-se pelos 3 momentos das entrevistas, que tiveram a duração aproximada de 2hs cada uma. Além dos dados obtidos foram solicitados e fornecidos documentos das instituições, de interesse do estudo;
- A etapa subsequente à coleta de dados foi representada pela consolidação e análise dos dados e informações dos questionários, com a participação de estatístico, sugestões de tabulação e de construção de tabelas discutidas entre a equipe, análises das tabelas por instituição e globais, com apreciações quantitativas e qualitativas;
- Paralelamente ao momento de análise foi definida a estrutura final de apresentação da pesquisa, contendo: introdução; considerações sobre o emprego e a atuação do médico no contexto da saúde da família, fornecendo os marcos do estudo; visão geral da estratégia de saúde da família no Brasil/Distrito Federal, sendo utilizados neste item os referenciais bibliográficos selecionados, os produtos das entrevistas com os níveis de coordenação e os documentos das instituições participantes do estudo; comentários com base nas informações obtidas com os questionários;

conclusões; bibliografia; e alguns anexos como questionário, roteiro institucional, parecer do comitê de ética do DF;

- Como produto independente, em função da extensa bibliografia levantada e revisada optou-se também pela produção de Repertório Bibliográfico na temática médico de saúde da família, com a bibliografia organizada por blocos de temas associados à atenção primária, ao emprego médico, à atuação do médico, aos modelos de atenção de saúde da família, à formação e à capacitação em saúde da família;
- Oficina de trabalho com as instituições envolvidas, para apresentação dos resultados do estudo foi a estratégia final para feedback às instituições, permitindo também a revisão e complementação do relatório final da pesquisa;
- Difusão dos resultados da pesquisa e do repertório bibliográfico: para as instituições parceiras - CASSI/DF e SES/DF, para o Comitê de Ética da SES DF, para o Ministério da Saúde e para a Organização Pan-Americana da Saúde, entre as estações de trabalho da Rede Observatório de Recursos Humanos no Brasil e demais países da Região das Américas, além de sua divulgação no site do Observatório de Recursos Humanos da UnB e difusão pública para outras entidades e segmentos do setor.

11

RESULTADOS

A estruturação da pesquisa procurou atender ao propósito de contribuir para um repertório de informações, análises e recomendações sobre o processo de trabalho nos serviços de saúde, a ser disponibilizado aos diferentes atores interessados na formulação, nos desdobramentos e na avaliação prospectiva de suas ações políticas e programáticas nesse campo.

Nessa linha, a etapa de pesquisa de campo buscou informações associadas ao perfil sócio profissional do médico - idade, sexo, estado civil, formação e experiência profissional - à atuação em equipe, à interação com a rede de serviços, bem como em relação a conhecimentos sobre a população.

A elaboração do questionário contemplou blocos de informações organizados na sua maioria em questões fechadas e algumas abertas para preenchimento semi-dirigido, num total de 54 questões. O modelo do questionário consta como um dos anexos deste estudo. A coleta de dados foi realizada de setembro a novembro de 2005, junto ao universo dos médicos das duas instituições, excetuados os impedimentos que não puderam ser recuperados. Na CASSI/DF todos os médicos participaram dessa etapa (07 profissionais) e na SES/DF houve o preenchimento do questionário por parte de 83,78% dos profissionais (31), em relação ao total de médicos em atuação no período.

A seguir apresentamos os comentários referentes aos resultados obtidos, organizados por tópicos de assuntos chave, acompanhados das tabelas correspondentes, geradas a partir da base de dados do conjunto de questionários respondidos. Ao final são apresentadas algumas conclusões de caráter geral sobre a pesquisa.

11.1. PERFIL SÓCIO-PROFISSIONAL – BLOCO I DO QUESTIONÁRIO PREENCHIDO PELOS MÉDICOS

O mundo de trabalho médico foi, por muito tempo quase exclusivamente masculino, “*seja nos países industrializados e com tradição democrata como Estados Unidos, França e Alemanha, seja naqueles que compõem a realidade latino americana, como Argentina, Chile e Brasil*” (MACHADO *et al*, 1997, p. 149).

No Brasil dos anos quarenta a participação feminina na profissão médica era residual (cerca de 1%) ou mesmo nula como nas regiões Norte e Centro-Oeste. Em 1995 as mulheres já correspondiam a 28% do total de médicos, 41% no NE (MACHADO *et al*, 1997, p. 151).

No âmbito do PSF os homens correspondem a 56% dos médicos (MACHADO *et al* 2000) – dados de 1999⁵⁰ – no país como um todo. Mas, no DF, seis anos depois, a situação é diametralmente oposta: a população médica feminina é de 56,7%, chegando a quase 60% quando se inclui os profissionais da CASSI/DF. Nesta última instituição o número de médicas é mais do dobro do número de médicos (Tabela 1).

Quase 60% dos médicos de família do DF são casados. Esse percentual é mais alto na CASSI onde chega a 71,43%, do que na SES, onde a proporção é de 56,67% (Tabela 3).

TABELA 1 Distrito Federal: Número de médicos da ESF da CASSI e do PFS da SES por sexo e instituição – 2005.

Sexo	CASSI/DF		SES/DF		GERAL	
	N	%	N	%	N	%
Masculino	2	28,57	14	45,16	16	42,11
Feminino	5	71,43	17	54,84	22	57,89
Total	7	100,00	31	100,00	38	100,00

ObservaRH/NESP/CEAM/UNB, Pesquisa de Campo, setembro a novembro de 2005

50 O estudo de Machado *et al* foi por amostragem, com um índice nacional de devolução de 54,8% dos questionários enviados para os médicos. No DF o índice, em uma amostra dev25 médicos, foi de 100%, o mais alto país.

Os médicos do PFS/SES/DF (novembro de 2005) pertencem, claramente, a grupos etários mais altos do que os médicos do PSF nacional (1999). Dados nacionais de MACHADO *et al.* (2000, p. 35) indicam que perto de 20% dos médicos do Programa têm menos de 30 anos; esse percentual é de 16,13% na SES/DF. A faixa etária com maior frequência, 30 à 39 anos de idade, abarca 38,6% dos médicos do PSF no Brasil. Na SES/DF cerca de 13% estão nessa faixa etária (Tabela 2).

A diferença também é grande no grupo com mais de 60 anos: apenas 3,2 % têm mais de 60 anos no conjunto dos PSFs, enquanto na SES o percentual é pelo menos doze vezes maior (mais 20%). O mesmo tipo de diferença se observa entre os médicos da CASSI/PFS e da SES/PFS. Na CASSI todos têm menos de 50 anos. Em contrapartida na SES mais de metade estão acima desta idade. As estatísticas descritivas da Tabela 4 destacam essas conclusões.

O percentual de médicos e médicas com menos de 30 e mais de 60 anos não difere tanto (variação em torno de 13 a 18%). A diferença passa ser importante entre 30 e 50 anos. Nessa faixa estão 54,55 das médicas e apenas 25% dos médicos.

TABELA 2 Distrito Federal: Distribuição dos médicos da ESF da CASSI/DF e do PFS da SES/DF por faixa etária e instituição - 2005.

Faixa Etária	CASSI		SES		Total	
	N	%	N	%	N	%
Menos de 29	-	-	5	16,13	5	13,16
30 – 39	1	14,29	4	12,90	5	13,16
40 – 49	5	71,43	4	12,90	9	23,68
50 – 59	-	-	10	32,26	10	26,32
mais de 60	-	-	7	22,58	7	18,42
Não respondeu	1	14,29	1	3,23	2	5,26
Total	7	100,00	31	100,00	38	100,00

ObservaRH/NESP/CEAM/UNB, Pesquisa de Campo, setembro a novembro de 2005

TABELA 3 Distrito Federal: Distribuição dos médicos da ESF da CASSI/DF e do PFS da SES/DF por estado civil e instituição - 2005.

Estado Civil	CASSI/DF		SES/DF		GERAL	
	N	%	N	%	N	%
Solteiro	1	14,29	8	25,81	9	23,68
Casado	5	71,43	18	58,06	23	60,53
Viúvo	-	-	1	3,23	1	2,63
Divorciado	1	14,29	-	-	1	2,63
Desquitado	-	-	3	9,68	3	7,89
Não respondeu	-	-	1	3,23	1	2,63
Total	7	100,00	31	100,00	38	100,00

ObservaRH/NESP/CEAM/UNB, Pesquisa de Campo, setembro a novembro de 2005

TABELA 4 Distrito Federal: Estatísticas descritivas da idade dos médicos da ESF da CASSI e do PFS da SES por instituição - 2005.

Fonte	CASSI/DF	SES/DF	GERAL
média	42,83	49,30	48,22
moda	48,00	50,00	48,00
mediana	44,50	50,50	54,50
máximo	48,00	85,00	85,00
mínimo	32,00	26,00	26,00

ObservaRH/NESP/CEAM/UNB, Pesquisa de Campo, setembro a novembro de 2005

TABELA 5 Distrito Federal: Distribuição dos médicos da ESF da CASSI/DF e do PSF da SES/DF por sexo e faixa etária - 2005

Faixa Etária	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Menos de 30	2	12,50	3	13,64	5	13,16
31 – 35	2	12,50	2	9,09	4	10,53
36 – 40	1	6,25	1	4,55	2	5,26
41 – 45	1	6,25	4	18,18	5	13,16
46 – 50	-	-	5	22,73	5	13,16
51 – 55	4	25,00	2	9,09	6	15,79
56 – 60	2	12,50	1	4,55	3	7,89
61 – 65	-	-	1	4,55	1	2,63
Mais de 65	3	18,75	2	9,09	5	13,16
Não respondeu	1	6,25	1	4,55	2	5,26
Total	16	100,00	22	100,00	38	100,00

ObservaRH/NESP/CEAM/UNB, Pesquisa de Campo, setembro a novembro de 2005

No PSF nacional o percentual de médicos com mais de 35 anos de formado era de 1,82% (MACHADO *et al*, 2000, p. 65). Enquanto 63,4% têm menos de 14 anos de graduação. Este perfil não se repete no DF onde o % de médicos graduados antes de 1970 está quase de 16% (nove vezes superior ao nacional) e de 36,84% (abaixo do percentual médio nacional) na faixa com menos de 14 de anos de graduação.

No PSF/CASSI todos os sete médicos têm entre cinco e trinta anos de formado. A maioria (4) tem menos de vinte e quatro anos de profissão (Tabela 6). As estatísticas descritivas da Tabela 7 resumem as diferenças entre as instituições nesse aspecto específico.

TABELA 6 Distrito Federal: Distribuição dos médicos da ESF da CASSI/DF e do PFS da SES/DF por tempo (em anos) de graduação – 2005.

Anos de Graduação	CASSI/DF		SES/DF		Total	
	N	%	N	%	N	%
1 – 4	-	-	5	16,13	5	13,16
5 – 14	2	28,57	7	22,58	9	23,68
15 – 24	4	57,14	2	6,45	6	15,79
25 – 34	1	14,29	11	35,48	12	31,58
mais de 35	-	-	6	19,35	6	15,79
Total	7	100,00	31	100,00	38	100,00

ObservaRH/NESP/CEAM/UNB, Pesquisa de Campo, setembro a novembro de 2005

TABELA 7 Distrito Federal: Estatísticas descritivas do tempo (em anos) de graduação dos médicos da ESF da CASSI/DF e do PFS da SES/DF, por instituição – 2005.

Estatística	CASSI/DF	SES/DF	GERAL
média	18,57	22,81	22,03
moda	23,00	26,00	14,00
mediana	21,00	26,00	23,50
máximo	25,00	53,00	53,00
mínimo	8,00	1,00	1,00

ObservaRH/NESP/CEAM/UNB, Pesquisa de Campo, setembro a novembro de 2005

TABELA 8 Distrito Federal: Distribuição dos médicos da ESF da CASSI/DF e do PFS da SES/DF por Estado onde se graduou – 2005.

Grandes Regiões e Unidades da Federação	SES/DF		CASSI/DF		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Brasil	30	100,00	7	100,00	37	100,00
Região Norte	1	3,33	-	-	1	2,70
Pará	1	3,33	-	-	1	2,70
Região Nordeste	5	16,67	2	28,57	7	18,92
Bahia	-	-	1	14,29	1	2,70
Ceará	1	3,33	-	-	1	2,70
Rio Grande do Norte	2	6,67	-	-	2	5,41
Pernambuco	1	3,33	-	-	1	2,70
Alagoas	1	3,33	1	14,29	2	5,41
Região Sudeste	14	46,67	4	57,14	18	48,65
Minas Gerais	6	20,00	1	14,29	7	18,92
Espírito Santo	1	3,33	1	14,29	2	5,41
Rio de Janeiro	7	23,33	2	28,57	9	24,32
Região Sul	1	3,33	1	14,29	2	5,41
Rio Grande do Sul	1	3,33	1	14,29	2	5,41
Região Centro Oeste	9	30,00	-	-	9	24,32
Goiás	1	3,33	-	-	1	2,70
Distrito Federal	8	26,67	-	-	8	21,62

ObservaRH/NESP/CEAM/UNB, Pesquisa de Campo, setembro a novembro de 2005

(*)Observação: Um médico graduou-se na França.

TABELA 9 Relação das Instituições de Graduação - 2005.

Instituição	UF	Nº
Centro Hospitalar Universitário Pitie Salpetriere Paris (*)	EX	1
Escola De Medicina Santa Casa De Misericórdia Vitória – Es	ES	1
Escola De Saúde Pública	BA	1
Fac De Medicina Ufrgs	RS	1
Fac. Medicina Federal Do Espírito Santo	ES	1
Faculdade De Ciências Médicas De Pernambuco	PE	1
Faculdade De Ciências Médicas Do Rio De Janeiro	RJ	1
Faculdade De Medicina De Teresópolis	RJ	2
Faculdade De Medicina De Juiz De Fora	MG	1
Faculdade Federal De Medicina	RJ	1
Faculdade Medicina Itajubá	MG	1
Fem Rio De Janeiro	RJ	1
Fundação Técnico Educacional Souza Marques	RJ	3
Universidade Caxias Do Sul	RS	1
Universidade De Alfenas	MG	2
Universidade De Brasília	DF	6
Universidade Estadual De Montes Claros	MG	1
Universidade Federal De Alagoas	AL	2
Universidade Federal De Goiás	GO	1
Universidade Federal De Minas Gerais	MG	2
Universidade Federal Do Ceará	CE	1
Universidade Federal Do Pará	PA	1
Universidade Federal Do Rio Grande Do Norte	RN	2
Universidade Federal Fluminense	RJ	2
Universidade Severino Sombra	DF	1

ObservaRH/NESP/CEAM/UNB, Pesquisa de Campo, setembro a novembro de 2005

(*)Exterior

No PSF nacional o Nordeste era, em 1999, a principal região de origem profissional dos médicos, possivelmente por ser também a região com o maior número de equipes do Programa de Saúde da Família (MS/SAS/DAB). Segundo MACHADO (2000), cerca de 42% dos médicos tinham obtido sua graduação nessa região. Nordeste e Sudeste em conjunto respondiam em 1999 por 82% do estoque de médicos do Programa.

No DF a primazia na formação de médicos que se encaminharam para a área de saúde da família está com o Sudeste, de onde são originários 48,65% dos médicos do PSF/CASSI e do PFS/SES. Junto com a própria Região Centro-Oeste (24,32%) fornecem praticamente 73% da força de trabalho médico local. No DF, cujo curso de Medicina mais antigo (UNB) formou sua primeira turma no início dos anos setenta, a parte da mão de obra local atuando em saúde da família é originária dessa universidade. Depois do DF os principais estados de origem dos profissionais são o Rio de Janeiro e Minas Gerais (Tabelas 8 e 9).

Tem pouca expressão o número de médicos atuando na área de saúde da família que sejam portadores de alguma titulação acadêmica (livre docência, doutorado ou mestrado). Em 1999, no país como um todo, apenas 41 (pouco mais de 1%), dos mais de 3 mil médicos da área de saúde da família, tinham mestrado (36) ou doutorado (5). A distribuição espacial desses especialistas segue o mesmo comportamento dos médicos do programa, que se concentram no Sudeste e Nordeste (MACHADO *et al.*, 2000, p. 76-77).

No DF o percentual dos pós-graduados é bem maior, em torno de 13%: cinco (4 com doutorado e 1 com mestrado), dois deles com mais de 65 anos de idade (Tabela 10) distribuídos igualmente por gênero (Tabela 11). Dois desses médicos obtiveram a titulação antes de 1970 (Tabela 14).

As áreas de titulação desse subtotal de 5 médicos são: gineco-obstetrícia; cirurgia geral; e patologia experimental-carcinogênese (Tabela 12). Os cursos foram realizados no DF, Rio de Janeiro e São Paulo. (Tabela 13).

TABELA 10 Distrito Federal: Distribuição dos médicos atuando na área de saúde família na ESF da CASSI e no PFS da SES com pós-graduação estrito senso, por faixa etária e grau acadêmico da titulação - 2005.

Faixa Etária	Doutorado		Mestrado		Geral	
	N	%	N	%	N	%
Menos de 29	-	-	-	-	-	-
30 – 39	-	-	-	-	-	-
40 – 49	1	25,00	-	-	1	20,00
50 – 59	1	25,00	1	-	2	40,00
mais de 60	2	50,00	-	100,00	2	40,00
Não respondeu		-	-	-	-	-
Total	4	100,00	1	100,00	5	100,00

ObservaRH/NESP/CEAM/UNB, Pesquisa de Campo, setembro a novembro de 2005

TABELA 11 Distrito Federal: Distribuição dos médicos da ESF da CASSI/DF e do PFS da SES/DF com pós-graduação estrito senso por titulação e sexo - 2005.

Titulação	Masculino		Feminino		Geral	
	N	%	N	%	N	%
Doutorado	2	100,00	2	66,67	4	80,00
Mestrado	-	-	1	33,33	1	20,00
Total	2	100,00	3	100,00	5	100,00

ObservaRH/NESP/CEAM/UNB, Pesquisa de Campo, setembro a novembro de 2005

TABELA 12 Distrito Federal: Distribuição do número de médicos do PSF da CASSI/DF e do PFS da SES/DF com pós-graduação estrito senso por especialidade e sexo - 2005.

Especialidade	Masculino		Feminino		Geral	
	N	%	N	%	N	%
Ginecologia e obstetrícia	1	50,00	2	66,67	3	60,00
Cirurgia Geral	-	-	1	33,33	1	20,00
Outra	1	50,00	-	-	1	20,00
Total	2	100,00	3	100,00	5	100,00

ObservaRH/NESP/CEAM/UNB, Pesquisa de Campo, setembro a novembro de 2005

TABELA 13 Distrito Federal: Distribuição do número de médicos da ESF da CASSI/DF e do PFS da SES/DF com pós-graduação estrito senso por Estado, onde obteve a titulação - 2005.

Grandes Regiões e Unidades da Federação	N	%
Brasil	5	100,00
Região Sudeste	3	60,00
São Paulo	1	20
Rio de Janeiro	2	40
Região Centro Oeste	2	40,00
Distrito Federal	2	40

ObservaRH/NESP/CEAM/UNB, Pesquisa de Campo, setembro a novembro de 2005

TABELA 14 Distrito Federal: Distribuição dos médicos da ESF da CASSI/DF e do PFS da SES/DF com pós-graduação estrito senso, por sexo e ano de obtenção do título - 2005.

Anos de conclusão da residência	Masculino		Feminino		Geral	
	N	%	N	%	N	%
1 – 4	-	-	1	33,33	1	20,00
5 – 14	-	-	1	33,33	1	20,00
15 – 24	1	50,00	-	-	1	20,00
25 – 34	-	-	-	-	-	-
mais de 35	1	50,00	1	33,33	2	40,00
Total	2	100,00	3	100,00	5	100,00

ObservaRH/NESP/CEAM/UNB, Pesquisa de Campo, setembro a novembro de 2005

A residência médica é uma modalidade de pós graduação lato senso criada no fim do século XIX nos Estados Unidos, “fundamentada no princípio pedagógico do treinamento em serviço, formando especialistas” (MACHADO, 1997, p. 66).

Segundo a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), a RM destina-se a especialização de médicos. Sua duração varia entre 1 e 4 anos, em “regime de dedicação exclusiva, funcionando em instituições de saúde, universitárias ou não, sob orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional” (BRASIL, 1977).

Em 1999, 37,16% dos médicos do PSF tinham residência médica (MACHADO, 1977). No DF esse percentual é bem mais alto (60, 5%) distribuídos com equilíbrio razoável entre as diferentes faixas etárias. A faixa etária mais baixa (médicos com menos de 30 anos de idade) é a que apresenta maior desproporção entre o número total de médicos e o número daqueles com residência: dos quatro médicos com menos de 30 anos apenas 1 tem RM o que sugere uma inserção precoce no mercado de trabalho (Tabela 15).

TABELA 15 Distrito Federal: Distribuição dos médicos da ESF da CASSI/DF e do PFS da SES/DF com e sem residência médica, por faixa etária - 2005.

Faixa Etária	Tem residência		Não tem residência		Geral	
	N	%	N	%	N	%
Menos de 29	1	4,35	4	26,67	5	13,16
30 – 39	4	17,39	1	6,67	5	13,16
40 – 49	5	21,74	4	26,67	9	23,68
50 – 59	6	26,09	4	26,67	10	26,32
mais de 60	5	21,74	2	13,33	7	18,42
Não respondeu	2	8,70	-	-	2	5,26
Total	23	100,00	15	100,00	38	100,00

ObservaRH/NESP/CEAM/UNB, Pesquisa de Campo, setembro a novembro de 2005

Cerca de 33% dos médicos de saúde da família das duas instituições analisadas no DF tem mais de 25 anos de exercício profissional depois da residência. Entre os homens a taxa é mais expressiva (37,5%) que entre as mulheres (30,7%). Contudo se considerada só a faixa a partir dos 35 anos de exercício após a conclusão da residência, a participação feminina supera a masculina. A diferença entre gêneros também se revela entre os que têm menos de 14 anos de conclusão da residência: 50% entre os homens e 30,7% entre as médicas (Tabela I.16 a seguir).

TABELA 16 Distrito Federal: Número de médicos com Residência, por tempo (em anos) de conclusão dessa modalidade de especialização e sexo - 2005.

Anos de conclusão da residência	Masculino		Feminino		Geral	
	N	%	N	%	N	%
1 – 4	2	25,00	1	7,69	3	14,29
5 – 14	2	25,00	3	23,08	5	23,81
15 – 24	1	12,50	5	38,46	6	28,57
25 – 34	2	25,00	1	7,69	3	14,29
mais de 35	1	12,50	3	23,08	4	19,05
Total	8	100,00	13	100,00	21	100,00

ObservaRH/NESP/CEAM/UNB, Pesquisa de Campo, setembro a novembro de 2005

Obs : Dois médicos da SES, do sexo masculino, não informaram o ano de conclusão da residência.

TABELA 17 Distrito Federal: Distribuição dos médicos da ESF da CASSI/DF e do PFS da SES/DF com residência médica por especialidade e sexo - 2005.

Especialidade	Masculino		Feminino		Geral	
	N	%	N	%	N	%
Pediatria	1	10,00	4	30,77	5	21,74
Ginec. e obstetrícia	3	30,00	4	30,77	7	30,43
Cirurgia Geral	-	-	2	15,38	2	8,70
Clínica Médica	-	-	1	7,69	1	4,35
Medicina da Família	2	20,00	1	7,69	3	13,04
Outra	4	40,00	1	7,69	5	21,74
Total	10	100,00	13	100,00	23	100,00

Observatório de Recursos Humanos (CEAM/NESP/UNB). Pesquisa de campo, set - nov.2005

* Pneumologia, Saúde Pública e Medicina Preventiva, Anatomia Patológica, Urologia e Cirurgia Pediátrica

TABELA 18 Distrito Federal: Número de médicos da ESF da CASSI e do PFS da SES com residência médica por instituição - 2005.

Instituição	Tem residência	
	N	%
CASSI/DF	5	21,74
SES/DF	18	78,26
Total	23	100,00

ObservaRH/NESP/CEAM/UNB, Pesquisa de Campo, setembro a novembro de 2005

TABELA 19 Distrito Federal: Distribuição dos médicos da ESF da CASSI/DF e do PFS da SES/DF com Residência Médica, por Estado/Região onde realizaram o curso - 2005.

Grandes Regiões e Unidades da Federação	N	%
Brasil	22	100,00 (*)
Região Nordeste	1	4,55
Bahia	1	4,55
Rio Grande do Norte	-	-
Pernambuco	-	-
Alagoas	-	-
Região Sudeste	7	31,82
Minas Gerais	2	9,09
Espírito Santo	1	4,55
Rio de Janeiro	4	18,18
Região Sul	2	9,09
Rio Grande do Sul	2	9,09
Região Centro Oeste	12	54,55
Distrito Federal	12	54,55

ObservaRH/NESP/CEAM/UNB, Pesquisa de Campo, setembro a novembro de 2005

(*) Obs : Um médico fez residência nos Estados Unidos.

Os profissionais com residência estão distribuídos em cinco especialidades mais procuradas. Estas cinco (Tabela 17) correspondem a praticamente 78% do total. Saúde da família foi escolha de apenas 3 (13%) médicos, o que nem surpreende nem desanima. A área é relativamente nova, a oferta de cursos pequena, o mercado relativamente reduzido (praticamente limitado ao setor público - a CASSI é uma exceção) e a especialidade ainda está longe de ter consolidado prestígio e reconhecimento na sociedade em geral e dentro da categoria médica em particular. As demais (22%) são: Pneumologia; Saúde Pública e Medicina Preventiva; Anatomia Patológica; Urologia; Cirurgia Pediátrica e Medicina Tropical.

A maioria (54,55%) fez residência no próprio DF. Os estados do Sudeste - principalmente Rio de Janeiro, mas excluindo São Paulo -, foram a segunda origem mais importante desses profissionais. Com curso realizado na região Nordeste há um profissional que fez residência na Bahia (Tabela 19).

No que se refere a outros cursos de especialização (além da residência) a resposta preenchida pelos médicos indicou que entre o total geral de profissionais da CASSI/ESF e da SES/PFS os especialistas correspondem a cerca de 27% (do total de 38), percentual bastante inferior, portanto, ao dos médicos brasileiros em geral - 40,7% - observado em 1995 (MACHADO, 1997, p. 62).

Desses médicos, 47, 83% têm mais de 40 e menos de 60 anos de idade, faixa etária onde se encontram pouco mais da metade dos médicos de saúde da família, no DF. Entre os mais jovens (médicos abaixo de 40 anos) e os mais velhos (mais de 60 anos) a taxa de especialistas é bastante próxima (Tabela 20).

A situação parece estar dentro do esperado: em valores relativos a taxa de especialização é mais alta entre os mais velhos (1 em cada 2 médicos com mais de 60 anos é especialista) do que entre os mais jovens (um em cada 5,5) ou mesmo do que entre os de meia idade (1 em cada 3,6).

Do total de médicas com especialização mais de metade concluiu o curso antes de 1990. Entre os homens esse tipo qualificação profissional é mais recente (depois de ano 2000). No total, 75% dos médicos especialistas analisados qualificou-se nos últimos cinco anos (Tabela 21).

TABELA 20 Distrito Federal: Distribuição dos médicos da ESF da CASSI/DF e da SES/PFS com ou sem especialização, por faixa etária – 2005.

Faixa Etária	Tem especialização		Não tem especialização		Geral	
	N	%	N	%	N	%
Menos de 29	1	4,35	4	4,35	5	4,35
30 – 39	1	17,39	4	17,39	5	17,39
40 – 49	1	21,74	8	21,74	9	21,74
50 – 59	4	26,09	6	26,09	10	26,09
mais de 60	2	21,74	5	21,74	7	21,74
Não respondeu	1	8,70	1	8,70	2	8,70
Total	10	100,00	28	100,00	38	100,00

ObservaRH/NESP/CEAM/UNB, Pesquisa de Campo, setembro a novembro de 2005

TABELA 21 Distrito Federal: Número de médicos da ESF da CASSI/DF e da SES/PFS com curso de especialização, em anos de conclusão do curso e sexo – 2005.

Anos de conclusão da especialização	Masculino		Feminino		Geral	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1 – 4	3	75,00	2	40,00	5	55,56
5 – 14	-	-	-	-	-	-
15-24	1	25,00	1	20,00	2	22,22
25-34	-	-	1	20,00	1	11,11
Mais de 35	-	-	1	20,00	1	11,11
Total	4	100,0	5	100,0	9	100,0

ObservaRH/NESP/CEAM/UNB, Pesquisa de Campo, setembro a novembro de 2005

TABELA 22 Distrito Federal: Distribuição dos médicos da ESF da CASSI/DF e da SES (PFS) por tipo de curso de especialização realizado e sexo - 2005.

Especialização	Masculino		Feminino		Geral	
	N	%	N	%	N	%
Pediatria	1	20,00	-	-	1	10,00
Ginecologia e obstetrícia	1	20,00	2	40,00	3	30,00
Cirurgia Geral	-	-	-	-	-	-
Clínica Médica	1	20,00	1	20,00	2	20,00
Medicina da Família	2	40,00	2	40,00	4	40,00
Total	5	100,00	5	100,00	10	100,00

ObservaRH/NESP/CEAM/UNB, Pesquisa de Campo, setembro a novembro de 2005

TABELA 23 Distrito Federal: Distribuição dos médicos da CASSI/ (ESF) e da SES (PFS) por instituição e quantidade de especialidades em que se consideram especialistas independente da posse de titulação - 2005.

Quantidade de especialidades	CASSI/DF		SES/DF		Total	
	N	%	N	%	N	%
Nenhum	-	-	5	16	5	13
Um	1	14	13	42	14	37
Dois	5	71	9	29	14	37
Três	1	14	3	10	4	11
Quatro	-	-	1	3	1	3
Total	7	100,00	31	100,00	38	100,00

ObservaRH/NESP/CEAM/UNB, Pesquisa de Campo, setembro a novembro de 2005

Dos 38 médicos apenas dez (26%), ao responderem a questão anterior, informaram terem realizado curso de especialização. Entretanto, quando indagados sobre a área, em que se consideram especialistas (independente de titulação), o número sobe consideravelmente (Tabelas 23 e

24). Isto significa que as respostas positivas, podem estar incluindo não só aqueles sem titulação mas que se auto-avaliam como especialistas, eventualmente em mais de uma área, como também os que fizeram residência ou curso de especialização.

Nas 58 citações expressas na tabela 24, Medicina de Família foi referida 17 vezes seguida de clínica médica com 12 menções. Essa ordem se repete entre os médicos da SES e da CASSI no que diz respeito a Medicina de Família. Na CASSI cada médico da ESF se considera, em média, especialista em duas áreas. Na SES a média cai para 1,5.

TABELA 24 Distrito Federal: Distribuição dos médicos da CASSI/ (ESF) e da SES (PFS) por instituição e área em que se consideram especialistas independente da posse de titulação - 2005.

Ano de Graduação	CASSI/DF		SES/DF		Total	
	N	%	N	%	N	%
Pediatria	3	21,43	7	15,91	10	17,24
Ginecologia	-	-	6	13,64	6	10,34
Cirurgia Geral	-	-	2	4,55	2	3,45
Clínica Médica	2	14,29	10	22,73	12	20,69
Medicina da Família	6	42,86	11	25,00	17	29,31
Outra	3	21,43	8	18,18	11	18,97
Total de citações	14	100,00	44	100,00	58	100,00

ObservaRH/NESP/CEAM/UNB, Pesquisa de Campo, setembro a novembro de 2005

As estimativas sobre sindicalização médica nos EEUU são imprecisas. Em meados da década de oitenta o percentual de médicos sindicalizados variava entre 10% e 50% conforme a fonte consultada. As questões mais presentes na luta sindical americana e que demonstram a vitalidade desse movimento naquele país, incluem o aumento dos prêmios de seguro contra malpractice e os conflitos sobre horas de trabalho a taxa de seguros (MC KINMLAY apud MACHADO, 1997, p. 188).

No Brasil o fenômeno do associativismo na categoria médica é bastante acentuado. Cerca de 96% de seus membros estão vinculados

a alguma sociedade científica (MACHADO, 1997). Entre os médicos de saúde da família no DF (CASSI e SES) o percentual é de apenas 22% incluindo os três casos de vinculações partidárias. A média de vínculos associativos por médico está ligeiramente acima de 1 nas duas instituições. Entretanto 22% dos profissionais pesquisados não têm qualquer vínculo associativo. A vinculação mais freqüente é com o sindicato da categoria. Menos freqüente: partido político.

Embora o sindicato médico tenha sido criado em 1927 (PEREIRA NETO, 1997) o movimento sindical brasileiro só começou a tomar corpo nos anos sessenta. Foi nessa década que a categoria liderada pela vertente sindical obteve a mudança na Constituição - recentemente estendida as demais categorias da saúde - facultando o acúmulo de dois cargos públicos. Essa prerrogativa a princípio dividiu a categoria médica. A AMB quando não se opunha a pretensão, pelo menos não atuava a seu favor, dado seu comprometimento ideológico com o exercício liberal da profissão na sua forma mais ortodoxa onde não há espaço para o assalariamento.

Quase meio século depois o que se observa é o viés sindicalista presente em todo o espectro associativo da profissão. A clássica divisão de funções ou de campos de atuação, onde a AMB cuidava do aperfeiçoamento técnico-profissional, os Conselhos da ética e o sindicato das reivindicações trabalhistas, não têm a mesma clareza do passado. Ainda que cada uma preserve e priorize seu campo original de atuação, todas exercem, em maior ou menor grau, ações com repercussão direta nas condições de exercício profissional do médico, em particular na sua remuneração. Bons exemplos atuais dessa sintonia corporativa são a luta contra a criação de escolas médicas, a proposta de regulamentação do ato médico, e a pressão sobre os planos de saúde na defesa de melhor remuneração dos procedimentos e contra um suposto cerceamento da liberdade terapêutica.

A pesquisa nacional de Machado et. al. (1997) informa que a filiação ao sindicato em 1996 atingia a 44,9% dos profissionais. Esse percentual era mais alto nas regiões NO (58%), NE (63,4%) e Centro-Oeste (57,6) e mais baixo no Sul (38,5%) e Sudeste (39,4%) (63,4%). Parece razoável admitir, na ausência de dados qualitativos, como fazem os autores, que essas diferenças sejam explicadas pelos salários baixos e condições de trabalho desfavoráveis; esses problemas que tendem a ser mais graves nas

regiões mais pobres, estimulando por conseguinte, a expansão desse tipo de mecanismo de defesa.

TABELA 25 Distrito Federal: Médicos por Instituição e total, com um Vínculo, com 2, com mais de 2 e sem vínculo – 2005.

Quantidade de vínculos	CASSI/DF		SES/DF		Total	
	N	%	N	%	N	%
Nenhum	1	11,11	10	23,81	11	21,57
Um	2	22,22	9	21,43	11	21,57
Dois	3	33,33	5	11,90	8	15,69
Mais de dois	1	11,11	7	16,67	8	15,69
Total	7	100,00	31	100,00	38	100,00

ObservaRH/NESP/CEAM/UNB, Pesquisa de Campo, setembro a novembro de 2005

Entre os médicos de saúde da família no DF, a taxa de sindicalização é mais baixa (40,48%) caindo para 33% entre os profissionais da CASSI (Tabela 26). Quando se examina os associativismos em geral, o que significa considerar outras sociedades do setor além do sindicato, aparecem 51 citações ou seja uma média de 1,3 vínculos por profissional. Contudo, onze médicos não possuem qualquer vínculo associativo enquanto a maioria (16) possui dois ou mais vínculos (Tabelas 25 e 27).

Não há diferença entre gêneros quando se considera aqueles que têm dois ou mais vínculos. Entretanto, quando medida pelo número de profissionais sem vínculo associativo, o percentual de médicas (36,36%) nessa situação é superior ao de homens (18,75%) (Tabela I.28).

O associativismo parece crescer com a idade. Entre os profissionais com mais de 60 anos um em cada sete não apresenta vínculo com alguma sociedade. Entre os mais jovens (abaixo de 40 anos) essa relação sobe para 1/2,7 (Tabela 29).

Se considerarmos o total dos profissionais com dois ou mais vínculos, os de menos de 40 anos representam 12,5%, sendo que a maior parte se concentra na faixa de 40 a 60 anos (56%). Aqueles com mais de 60 anos estão presentes com 31%.

Se considerarmos os profissionais por subtotais de cada faixa etária, teremos entre os que tem menos de 40 anos, a proporção de 40% com 2 ou mais vínculos. Entre os que estão na faixa de 40 a 60 anos, são 47% os que tem 2 ou mais vínculos. Dentre os que tem mais de 60 anos (sete médicos), 71% apresenta 2 ou mais vínculos.

TABELA 26 Distrito Federal: Número de vínculos associativos citados pelos médicos da ESF da CASSI e do PFS da SES por instituição e tipo de vínculo - 2005

Vínculos	CASSI/DF		SES/DF		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sociedade de Especialidade	6	66,67	13	30,95	19	37,25
Sindicato	3	33,33	17	40,48	20	39,22
Partido Político	-	-	3	7,14	3	5,88
Outro na área de saúde	-	-	9	21,43	9	17,65
Total de citações	9	100,00	42	100,00	51	100,00

ObservaRH/NESP/CEAM/UNB, Pesquisa de Campo, setembro a novembro de 2005

Observação - foram citados como outros: Sociedade Brasileira de Geriatria; Sociedade Brasileira de Pediatria; Amb; Associação Médica dos Hospitais Privados do DF e American Cancer Research Society

TABELA 27 Distrito Federal: Distribuição dos médicos da ESF da CASSI e do PFS da SES, por instituição e número de vínculos associativos – 2005.

Quantidade de vínculos	CASSI/DF		SES/DF		Total	
	N	%	N	%	N	%
Nenhum	1	11,11	10	23,81	11	21,57
Um	2	22,22	9	21,43	11	21,57
Dois	3	33,33	5	11,90	8	15,69
Mais de dois	1	11,11	7	16,67	8	15,69
Total	7	100,00	31	100,00	38	100,00

ObservaRH/NESP/CEAM/UNB, Pesquisa de Campo, setembro a novembro de 2005

TABELA 28 Distrito Federal: Numero de médicos da ESF da CASSI e do PFS da SES, por sexo e quantidade de vínculos associativos – 2005.

Quantidade de vínculos	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Nenhum	3	18,75	8	36,36	11	28,95
Um	5	31,25	6	27,27	11	28,95
Dois	4	25,00	4	18,18	8	21,05
Mais de 2	4	25,00	4	18,18	8	21,05
Total	16	100,00	22	100,00	38	100,00

ObservaRH/NESP/CEAM/UNB, Pesquisa de Campo, setembro a novembro de 2005

TABELA 29 Distrito Federal: Distribuição dos médicos da ESF da CASSI e do PFS da SES por faixa etária e numero de vínculos associativos – 2005.

Faixa Etária	Nenhum		Um		Dois		Mais de 2		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Menos de 29	2	18,18	3	27,27	-	-	-	-	5	13,16
30 – 39	2	18,18	1	9,09	1	12,50	1	12,50	5	13,16
40 – 49	2	18,18	3	27,27	3	37,50	1	12,50	9	23,68
50 – 59	4	36,36	1	9,09	2	25,00	3	37,50	10	26,32
mais de 60	1	9,09	1	9,09	2	25,00	3	37,50	7	18,42
Não respondeu	-	-	2	18,18	-	-	-	-	2	5,26
Total	11	100,00	11	100,00	8	100,00	8	100,00	38	100,00

ObservaRH/NESP/CEAM/UNB, Pesquisa de Campo, setembro a novembro de 2005

Os quadros de saúde da família do DF formam, no conjunto das duas instituições, dois grandes grupos em relação ao tempo de moradia na capital: 44% reside há mais de quinze anos; e mais de 50% há menos de 15 no DF. A maioria deste segundo grupo tem menos de cinco anos de moradia no DF (39% no geral). Esse tempo médio é influenciado pelos dados da SES, pois na CASSI somente um dos seus sete profissionais está no DF há mais de cinco anos e cinco (71%) tem entre dois e 5 anos de residência nesta localidade (Tabela 30).

Como era de se esperar - já que a migração tende a atrair mais aqueles que estão no início da vida profissional - grande parte dos médicos com menos de cinco anos de residência no DF tem menos de quarenta anos de idade. Entre os que estão com mais de 15 anos de Brasília, a maior parte está na faixa etária acima de 50 anos (Tabela 31).

TABELA 30 Distrito Federal: Distribuição, por instituição, dos médicos da CASSI (ESF) e da SES (PFS) por tempo de residência no DF - 2005.

Tempo de Residência no DF	SES/DF		CASSI/DF		Total	
	N	%	N	%	N	%
Menos de 1 ano	2	6,45	-	-	2	5,26
2 – 3	7	22,58	3	42,86	10	26,32
4 – 5	1	3,23	2	28,57	3	7,89
6 – 10	1	3,23	1	14,29	2	5,26
11 – 15	3	9,68	-	-	3	7,89
Mais de 15 anos	16	51,61	1	14,29	17	44,74
Não respondeu	1	3,23	-	-	1	2,63
Total	31	100,00	7	100,00	38	100,00

ObservaRH/NESP/CEAM/UNB, Pesquisa de Campo, setembro a novembro de 2005

TABELA 31 Distrito Federal : Distribuição dos médicos da ESF (CASSI) e do PFS (SES) por faixa etária e tempo de residência em anos na capital - 2005.

Faixa Etária	Menos de 1ano		2-3		4-5		6-10		11-15		Mais de 15anos		Não respon-deu		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Menos de 30	1	50,00	1	10,00	-	-	-	-	1	33,33	1	5,88	1	100,0	5	13,16
31 - 35	1	50,00	2	20,00	-	-	-	-	-	-	1	5,88	-	-	4	10,53
36 - 40	-	-	2	20,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	5,26
41 - 45	-	-	1	10,00	1	33,33	1	50,00	1	33,33	1	5,88	-	-	5	13,16
46 - 50	-	-	2	20,00	-	-	1	50,00	-	-	2	11,76	-	-	5	13,16
51 - 55	-	-	-	-	1	33,33	-	-	1	33,33	4	23,53	-	-	6	15,79
56 - 60	-	-	1	10,00	-	-	-	-	-	-	2	11,76	-	-	3	7,89
61 - 65	-	-	1	10,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2,63
Mais de 65	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	29,41	-	-	5	13,16
Não respon-deu	-	-	-	-	1	33,33	-	-	-	-	1	5,88	-	-	2	5,26
Total	2	100,0	10	100,0	3	100,0	2	100,0	3	100,0	17	100,0	1	100,0	38	100,0

ObservaRH/NESP/CEAM/UNB, Pesquisa de Campo, setembro a novembro de 2005

Não obstante as inúmeras iniciativas ao longo do tempo para des-concentrar espacialmente a oferta de médicos, não se conhece - pelo menos no Brasil - uma única que tenha sido integralmente exitosa. Como é sabido, a distribuição destes profissionais, como de quaisquer outros, sobretudo os de nível superior, tende a acompanhar a distribuição da renda. O fenômeno ocorre mesmo em áreas relativamente pequenas. Nestas porém é possível minimizar o desequilíbrio, embora - presumi-velmente, com alguma perda de produtividade decorrente da necessidade diária de locomoção do local de residência para o local de trabalho.

Assim acontece no DF onde 70 % dos médicos da SES/PFS residem nos bairros ou localidades de renda mais alta (Brasília, Cruzeiro, Lago Sul e Norte), justo onde o Programa ainda não atua. Esse percentual cai para 62% entre os médicos da CASSI, mas neste caso, dada a natureza da ESF, a concentração é bem menos relevante, já que a sede de trabalho é centralizado em Brasília-Plano Piloto (Tabela 32).

No conjunto dos 38 médicos de família do DF apenas sete moram na mesma localidade onde atuam profissionalmente (Tabela 33). Cerca de 85% são mulheres, o que parece consistente com a necessidade, mais presente neste segmento, de conciliar atividades domésticas e profissionais.

TABELA 32 Distrito Federal: Distribuição dos médicos da CASSI (ESF) e da SES (PSF) por local de residência e instituição - 2005.

Local de residência	SES		CASSI		Total	
	N	%	N	%	N	%
Brasília	12	38,71	5	55,56	17	42,50
Lago Norte	1	3,23	1	11,11	2	5,00
Lago Sul	6	19,35	-	-	6	15,00
Cruzeiro	3	9,68	-	-	3	7,50
Taguatinga	2	6,45	1	11,11	3	7,50
Gama	2	6,45	-	-	2	5,00
Planaltina	-	-	-	-	1	2,50
Sobradinho	1	3,23	-	-	1	2,50
Candangolândia	1	3,23	-	-	-	-
Outro DF	3	9,68	2	22,22	5	12,50
Total de citações	31	100,00	9	100,00	40	100,00

ObservaRH/NESP/CEAM/UNB, Pesquisa de Campo, setembro a novembro de 2005

TABELA 33 Distrito Federal: Distribuição por sexo dos médicos da CASSI (ESF) e da SES (PFS) moradores na mesma localidade em que atuam - 2005

Sexo	N	%
Masculino	1	14,29
Feminino	6	85,71
Total	7	100,00

ObservaRH/NESP/CEAM/UNB, Pesquisa de Campo, setembro a novembro de 2005

TABELA 34 Distrito Federal: Distribuição dos médicos da CASSI (ESF) e da SES (PFS) por 10.000 habitantes segundo local de atuação e instituição - 2005

Local de atuação	População	CASSI/DF		SES/DF		GERAL	
		N	%	N	%	N	%
Brasília	199.062	7	0,35164923	-	-	7	0,35164923
Guará	126.757	-	-	2	0,10047121	2	0,10047121
Recanto das Emas	118.132	-	-	1	0,0502356	1	0,0502356
Brazlândia	56.701	-	-	1	0,0502356	1	0,0502356
São Sebastião	90.205	-	-	6	0,30141363	6	0,30141363
Samambaia	174.583	-	-	1	0,0502356	1	0,0502356
Ceilândia	348.688	-	-	2	0,10047121	2	0,10047121
Santa Maria	108.767	-	-	2	0,10047121	2	0,10047121
Paranoá	62.337	-	-	6	0,30141363	6	0,30141363
Gama	91.582	-	-	4	0,20094242	4	0,20094242
Planaltina	185.873	-	-	3	0,15070681	3	0,15070681
Sobradinho	165.007	-	-	4	0,20094242	4	0,20094242
Outro DF	549.564	-	-	1	0,0502356	1	0,0502356
Total	2.277.258	7	0,35164923	33	1,65777496	40	2,0094242

*Zona criada a partir do desmembramento da 8ª Zona Eleitoral (abrangência da 16ª Zona Eleitoral: QNP (exceto QNP 05 e QNP 05/01), QNQ, QNO, QNR, Setor de Indústrias de Ceilândia, INCRA09, Zona Rural Boa Esperança e Cond. Privê)

*Abrangência da 4ª Zona Eleitoral (Santa Maria e Setor Leste do Gama)

*Zona criada a partir do desmembramento da 4ª Zona Eleitoral

FONTE - Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE - Contagem da População - 1996 e Censo Demográfico - 2000 e Secretaria de Estado de Desenvolvimento Urbano e Habitação - SEDUH - Subsecretaria de Política Urbana e Informação - SUPIN - Diretoria de Política Urbana e Informação - DIPOL - Gerência de Estudos de Demanda Populacional - GEPOP

NOTA - Em 2005, para os totais do DF foram utilizadas as estimativas revisadas pelo IBGE, a partir da projeção para o Brasil obtidas pelo Método aiBi.

QUADRO: Estimativa retirada do TER de janeiro de 2006 :

Localidade	POPULAÇÃO	Localidade	POPULAÇÃO
Asa Sul	107.493	N. Bandeirante	41.568
Lago Sul	27.700	Candangolândia	17.255
Paranoá	62.337	Riacho Fundo	52.747
São Sebastião	90.205	Cruzeiro	71.871
Taguatinga ***	139.927	Ceilândia Sul	149.936
Gama Leste*	47.179	Samambaia	174.583
Santa Maria	108.767	Rec. Das	118.132
Sobradinho	165.007	Asa Norte**	91.569
Planaltina	185.873	Lago Norte	32.121
Brazlândia	56.701	Taguatinga Sul	119.196
Ceilândia Norte	94.146	Ceilândia*	104.606
Guará	126.757	Gama*	91.582

* A População da Ceilândia é de 348.688; ** A População do Plano Piloto é de 199.062; ***A População de Taguatinga é de 259.123 (Zona Eleitoral desmembrada com a conseqüente criação da 15ª ZE).

TABELA 35 Distrito Federal: Distribuição dos médicos da CASSI (ESF) e da SES (PFS) por local de atuação e instituição - 2005

Local de atuação	CASSI/DF		SES/DF		GERAL	
	N	%	N	%	N	%
Brasília	7	100,00	-	-	7	17,50
Guará	-	-	2	6,06	2	5,00
Recanto das Emas	-	-	1	3,03	1	2,50
Brazlândia	-	-	1	3,03	1	2,50
São Sebastião	-	-	6	18,18	6	15,00
Samambaia	-	-	1	3,03	1	2,50
Ceilândia	-	-	2	6,06	2	5,00
Santa Maria	-	-	2	6,06	2	5,00
Paranoá	-	-	6	18,18	6	15,00
Gama	-	-	4	12,12	4	10,00
Planaltina	-	-	3	9,09	3	7,50
Sobradinho	-	-	4	12,12	4	10,00
Outro DF	-	-	1	3,03	1	2,50
Total	7	100,00	33	100,00	40	100,00

ObservaRH/NESP/CEAM/UNB, Pesquisa de Campo, setembro a novembro de 2005

Obs. Há dois médicos da SES/DF que atuam em três localidades, os demais atuam em somente uma.

Não há praticamente diferença de opinião entre médicos e médicas na percepção da característica populacional de sua clientela. Nos dois grupos cerca de 45% informam que sua clientela é *predominantemente urbana*. Contudo, para 37,5% dos homens a clientela seria *predominantemente rural*, opinião que é compartilhada por apenas por 22,7% das mulheres. Entre as médicas 31,8% não tem uma definição precisa sobre o predomínio de cada uma desses dois atributos demográficos. Entre os homens esse percentual é inferior - 12,5% - e um deles não respondeu a questão (Tabela 36).

TABELA 36 Distrito Federal: Distribuição, por sexo, dos médicos da CASSI (ESF) e da SES (PFS) conforme a característica da população que atendem - 2005

População	Masculino		Feminino		GERAL	
	N	%	N	%	N	%
Urbana	7	43,75	10	45,45	17	44,74
Rural	6	37,50	5	22,73	11	28,95
Mista	2	12,50	7	31,82	9	23,68
Não respondeu	1	6,25	-	-	1	2,63
Total	16	100,00	22	100,00	38	100,00

ObservaRH/NESP/CEAM/UNB, Pesquisa de Campo, setembro a novembro de 2005

Para um programa cuja característica principal é o atendimento domiciliar, parece relativamente baixo o percentual de tempo total dedicado pelos médicos em geral a essa atividade: 18,25% em média mas sendo de apenas 13,43% entre as médicas. De fato mais da metade do tempo dos médicos é consumido com atendimento convencional na própria unidade. Entre as mulheres essa atividade consome cerca de 62% do tempo de trabalho previsto em contrato. Em consequência sobra pouco tempo para outras atividades típicas do Programa. As atividades na comunidade e o atendimento domiciliar, características exclusivas do Programa, somadas, absorvem cerca de 28% do tempo de trabalho dos médicos. Entre as mulheres esse percentual cai para cerca de 17% (Tabela 37).

TABELA 37 Distrito Federal: Percentual médio do tempo dedicado, semanalmente pelos médicos da ESF da CASSI e do PFS da SES a cada atividade segundo o sexo do profissional - 2005

Atividade	Masculino	Feminino	Total
Consultório	45,832	62,55	55,12
Atend. de grupo na unidade	7,05	7,82	7,48
Atendimento domiciliar	24,29	13,43	18,25
Atividades na comunidade	4,18	3,56	3,84
Atividades com a equipe	8,79	7,08	7,84
Capacitação	3,93	0,83	2,21
Estudo	2,08	2,34	2,22
Atividades administrativas	3,58	2,38	3,04

ObservaRH/NESP/CEAM/UNB, Pesquisa de Campo, setembro a novembro de 2005

11.1.1. Capacitação Prévia

Do total de médicos que participaram da pesquisa nas duas instituições 55,27% informaram terem feito capacitação em saúde da família, anteriormente ao ingresso na Estratégia Saúde da Família da CASSI ou no Programa Família Saudável da SES/DF. A capacitação prévia em programa similar é mais elevada entre os médicos da CASSI (71,43%), do que entre os médicos da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (51,61%). Declararam não ter capacitação prévia em saúde da família 14,29% (um) dos médicos da CASSI e 6,45% (dois) da Secretaria de Saúde. Entre os médicos da SES/DF, 14 não responderam a esta questão, o que representa um percentual bastante elevado (41,94%) (Tabela 38).

As capacitações realizadas geralmente foram de pequena duração: 42,88% com duração igual ou inferior a 40 horas e 23,81% de 41 a 179 horas. Entre os médicos da SES/DF, 75% (12) informaram que as capacitações realizadas tiveram duração inferior a 179 horas, sendo 8 inferior a 40 horas. Entre os da CASSI, 40% (dois profissionais) tiveram capacitações com carga horária inferior a 179 horas. Capacitações com carga horária superior a 360 horas foram referidas por 2 profissionais da CASSI (40%) e 3 da SES/DF (18,75%) (Tabela 39).

TABELA 38 Distrito Federal: Médicos que receberam capacitação em saúde da família antes de ingressar na Estratégia de Saúde da Família (CASSI) e no Família Saudável (SES/DF) - 2005

Tem capacitação anterior	CASSI		SES		GERAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	5	71,43	16	51,61	21	55,27
Não	1	14,29	2	6,45	3	7,89
Não respondeu	1	14,29	13	41,91	14	36,84
Total	7	100,00	31	100,00	38	100,00

ObservaRH/NESP/CEAM/UNB, Pesquisa de Campo, setembro a novembro de 2005

TABELA 39 Distrito Federal: Carga horária dos cursos de capacitação em saúde da família, anteriores ao ingresso na Estratégia de Saúde da Família (CASSI) e no Programa Família Saudável (SES/DF) - 2005.

Carga horária	CASSI		SES		GERAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Igual ou menor que 40h	1	20,00	8	50,0	9	42,88
De 41h a 179h	1	20,00	4	25,00	5	23,81
De 180h a 359h	0	0,00	1	6,25	1	4,76
Igual ou superior a 360h	2	40,00	3	18,75	5	23,81
Não respondeu	1	20,00	0	0,00	1	4,78
Total	5	100,00	16	100,00	21	100,00

ObservaRH/NESP/CEAM/UNB, Pesquisa de Campo, setembro a novembro de 2005

11.1.2. Capacitação após o ingresso nos programas

Enquanto a capacitação prévia em saúde da família está relacionada, geralmente, à experiência anterior em programa similar, a capacitação após o ingresso no programa reflete a preocupação dos gestores da Estratégia

Saúde da Família da CASSI/DF e do Programa Família Saudável da SES/DF, em sensibilizar os profissionais com a filosofia e as responsabilidades da nova atividade. Visto desta forma, não é desprezível o percentual de médicos que informaram não ter tido capacitação em saúde da família após o início de suas atividades com saúde da família. O percentual foi de 15,79%, o que corresponde ao total de seis médicos, sendo um na CASSI e cinco da SES/DF. De qualquer forma, mais de 80% dos médicos, tanto na CASSI (85,71%), como na SES (80,65%) receberam capacitação em saúde da família, após a contratação para desenvolverem as atividades atuais de saúde da família (Tabela 40).

Com relação à carga horária dos cursos de capacitação realizados após o ingresso nas suas funções, também neste caso, como verificado na questão sobre capacitação prévia, a maior parte das capacitações realizadas foram de curta duração: cerca de 78% foram inferiores a 179 horas, sendo 22,58% inferiores a 40 horas e 54,83% entre 41 e 179 horas.

Na CASSI as cargas horárias mais frequentes foram: igual ou inferior a 40 horas (33,33%) e igual ou superior a 360 horas (33,33%), cada situação referida por dois profissionais. Já no caso dos médicos da SES/DF, a grande maioria (16 – 64,00%) referiu ter feito capacitação com carga horária entre 41 e 179 horas. Apenas 1 (4%) dos 25 profissionais da SES/DF que tiveram capacitação posterior ao ingresso no programa o fizeram em curso com carga igual ou superior a 360 horas e 2 (33,33%) entre os profissionais da CASSI (Tabela 41).

TABELA 40 Distrito Federal - Médicos que receberam capacitação em saúde da família após ingressarem na Estratégia de Saúde da Família (CASSI) e no Programa Família Saudável (SES/DF) - 2005.

Tem capacitação posterior	CASSI		SES		GERAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	6	85,71	25	80,65	31	81,57
Não	1	14,29	5	16,13	6	15,79
Não respondeu	0	0,00	1	3,23	1	2,64
Total	7	100,00	31	100,00	38	100,00

ObservaRH/NESP/CEAM/UNB, Pesquisa de Campo, setembro a novembro de 2005

TABELA 41 Distrito Federal: Carga horária dos cursos de capacitação realizados por médicos após ingresso na Estratégia Saúde da Família (CASSI/DF) e no Programa Família Saudável (SES/DF) - 2005.

Carga horária	CASSI		SES		GERAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Igual ou menor que 40h	2	33,33	5	20,00	7	22,58
De 41h a 179h	1	16,67	16	64,00	17	54,83
De 180h a 359h	1	16,67	3	12,00	4	12,91
Igual ou superior a 360h	2	33,33	1	4,00	3	9,68
Total	6	100,00	24	100,00	31	100,00

ObservaRH/NESP/CEAM/UNB, Pesquisa de Campo, setembro a novembro de 2005

11.1.3. Experiência Profissional

Além da capacitação anterior ou posterior ao ingresso no programa, outro ponto que a pesquisa procurou avaliar foi a experiência do profissional. Com relação a esta questão verificou-se que a maior proporção dos médicos, tanto na CASSI, como na SES/DF, antes de ingressarem no

saúde da família, já tinham atuado profissionalmente nos setores público e privado: 71,43% (5) entre os médicos da CASSI e 48,39% (15) entre os médicos da SES-DF. Um percentual menor de médicos, 28,6% na CASSI (2) e 35,4% na SES/DF (11) informaram ter experiência de trabalho apenas no setor público (Tabela 42).

No tocante ao setor e tipo de atividade profissional anterior, no computo geral verifica-se para aqueles com experiência no setor público que a citação de atividade hospitalar (84,21%) é superior à ambulatorial (71,05%). A situação se inverte em relação à experiência no setor privado, onde a citação (total geral) de experiência ambulatorial (57,89%), é superior à hospitalar (34,21%) (Tabela 43).

A média de anos de experiência anterior, tanto em atividade hospitalar, como ambulatorial, seja no setor público ou no privado, não é desprezível: situa-se entre 8,57 anos e 12,34 anos, para a experiência em hospital e entre 10,53 anos e 11,55 anos para experiência em ambulatório (Tabela 44).

TABELA 42 Distrito Federal: Experiência médica anterior dos médicos da Estratégia Saúde da Família (CASSI/DF) e do Programa Família Saudável (SES/DF) - 2005.

Experiência médica anterior ao PSF	CASSI		SES		GERAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Setor público	2	28,57	11	35,49	13	34,22
Setor privado	0	0,00	3	9,67	3	7,89
Setor público e privado	5	71,43	15	48,39	20	52,63
Não respondeu	0	0,00	2	6,43	2	5,26
Total	7	100,00	30	100,00	38	100,00

ObservaRH/NESP/CEAM/UNB, Pesquisa de Campo, setembro a novembro de 2005

TABELA 43 Distrito Federal: Distribuição do tipo de atividade profissional médica anterior Experiência profissional dos médicos da Estratégia Saúde da Família (CASSI/DF) e Programa Família Saudável (SES/DF), segundo setor de atuação e tipo de atividade – 2005.

Experiência medica anterior ao PSF	CASSI	SES	Geral
Setor público			
Ambulatório	85,71	64,52	71,05
Hospital	85,71	80,65	84,21
Outros	33,33	22,58	23,68
Setor privado			
Ambulatório	71,42	51,61	57,89
Hospital	42,85	32,26	34,21
Outros	0,00	16,13	13,16

ObservaRH/NESP/CEAM/UNB, Pesquisa de Campo, setembro a novembro de 2005

TABELA 44 Distrito Federal: Experiência profissional média, em anos, dos médicos da Estratégia Saúde da Família (CASSI/DF) e Programa Família Saudável (SES/DF), segundo setor de atuação – 2005.

Experiência medica anterior ao PSF	Média em anos		Geral
	CASSI	SES	
Setor público			
Ambulatório	10,14	10,64	10,53
Hospital	5,14	14,44	12,34
Outros	1,71	2,39	2,23
Setor privado			
Ambulatório	12,00	11,41	11,55
Hospital	3,50	10,60	8,57
Outros	0,00	3,58	2,39

ObservaRH/NESP/CEAM/UNB, Pesquisa de Campo, setembro a novembro de 2005

11.1.4. Experiência em outros programas de saúde da família

Mais de dois terços dos médicos pesquisados (68,42%) informaram terem atuado em outros programas de saúde da família, antes da experiência atual. Separadamente, por instituição, verificou-se que 100% dos médicos da CASSI já tinham atuado em outros programas de saúde da família. Na SES/DF, por outro lado, o percentual de médicos que já tinham atuado em programas similares foi 61,20% correspondendo a 19 profissionais (Tabela 45).

Chama atenção o fato de que mais da metade (57,14%) dos médicos da Estratégia Saúde da Família da CASSI/DF tenham tido experiência anterior em outros estados, alguns bastante distantes como Rio Grande do Sul, Pernambuco e Espírito Santo. No Programa Família Saudável da SES/DF a proporção de profissionais com experiência em programas de outras unidades da federação é bem menor (33,3%) e a grande maioria em Goiás, conforme base da dados.

Em termos de duração, estas experiências anteriores não foram muitas largas: a média foi de 2,3 anos de experiência prévia entre os médicos da CASSI e 2,0 anos entre os médicos da SES/DF. Nas duas instituições o período mais freqüente de duração da experiência prévia (moda) foi de 1 ano (Tabela 46).

TABELA 45 Distrito Federal: Médicos da Estratégia Saúde da Família (CASSI/DF) e do Programa Família Saudável (SES/DF) que possuem experiência em outros programas de saúde da família - 2005.

Atuou em outros PSF	CASSI		SES		GERAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	7	100,00	19	61,20	26	68,42
Não	0	0,00	12	38,70	12	31,58
Total	7	100,00	31	100,00	38	100,00

ObservaRH/NESP/CEAM/UNB, Pesquisa de Campo, setembro a novembro de 2005

TABELA 46 Distrito Federal: Estatísticas descritivas do número de anos de atuação em outros programas de saúde da família dos médicos da Estratégia Saúde da Família (CASSI/DF) e do Programa Família Saudável (SES/DF) – 2005.

Fonte	CASSI	SES	GERAL
Média	2,38	2,00	2,10
Moda	1,00	1,00	1,00
Mediana	2,00	2,00	2,00
Máximo	6,00	4,00	6,00
Mínimo	1,00	1,00	1,00

ObservaRH/NESP/CEAM/UNB, Pesquisa de Campo, setembro a novembro de 2005

TABELA 47 Distrito Federal: Municípios citados como locais de experiência anterior em saúde da família, pelo total de médicos da Estratégia Saúde da Família (CASSI/DF) e do Programa Família Saudável (SES/DF) que indicaram experiência anterior nesse programa – 2005.

Município	UF	Citações
Brasília	DF	8
Planaltina	DF	3
Sobradinho	DF	2
Gama	DF	1
Paranoá	DF	1
São Sebastião	DF	1
Taguatinga	DF	1
Goiânia	GO	2
Luziânia	GO	2
Novo Gama	GO	1
Valparaíso	GO	1
Araíoses	Ma	1

Município	UF	Citações
Caruaru	PE	1
Município de Fundão	ES	1
Poções	MG	1
Monte belo Sul	RS	1
Vale Real	RS	1

ObservaRH/NESP/CEAM/UNB, Pesquisa de Campo, setembro a novembro de 2005

11.1.5. Exercício de outra atividade médica além do Programa

Sem querer analisar a existência ou não de dedicação exclusiva à Estratégia Saúde da Família da CASSI/DF ou ao Programa Família Saudável da SES/DF, apenas com o objetivo mais direto de avaliar a quantidade de postos de trabalho por profissional, foi feita a pergunta sobre o exercício de outra atividade médica além das anteriormente citadas.

Na CASSI, quatro (57,14%) dos médicos informaram exercer outra atividade médica além do programa. Entre os médicos da SES/DF é menor o percentual de médicos que informaram ter outra atividade médica (45,16%, o que equivale a 14 profissionais). No total de médicos entrevistados nas duas instituições, o percentual é de 47,36%. (Tabela 48).

A maioria (61,11%), exerce essa atividade complementar no setor privado. Três profissionais (16,67%) no setor público, sendo que 11,11% (dois profissionais) têm vínculos adicionais no setor público e no privado e 11,11% não responderam. Na CASSI, 4 (80%) dos que têm outra atividade, a exercem no setor privado. Na SES/DF também a maioria tem atividade complementar no setor privado (53,85%) (Tabela 49).

Quando essa atividade complementar é exercida no setor público, ela se realiza exclusivamente em hospitais. Contudo, quando é realizada no setor privado, ocorrem sobretudo em ambulatório: 57,14% das ocorrências entre os profissionais da CASSI/DF e 19,35% entre os profissionais da SES/DF (Tabela 50).

A carga horária semanal média envolvida nessa atividade complementar é maior no caso de atividades em hospital do setor público, do que nas outras situações (ambulatório ou hospital privado) – Tabela 51.

O local de exercício desta outra atividade médica é mais concentrada no Plano Piloto (Brasília) no caso da CASSI (85,71%). Apenas um (14,29%) exerce-a fora do Plano, mais especificamente em Sobradinho. No caso dos os médicos da SES/DF o local de exercício da atividade médica complementar ao programa é mais diversificada: 35,29% estão no Plano Piloto, 29,41% fora do Distrito Federal e 35,28% em seis diferentes locais dentro do Distrito Federal (Tabela 52).

TABELA 48 Distrito Federal: Distribuição dos médicos da Estratégia Saúde da Família (CASSI/DF) e do Programa Família Saudável (SES/DF) que exercem outra atividade médica - 2005.

Exerce outra medica atividade	SES		CASSI		GERAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	14	45,16	4	57,14	18	47,36
Não	17	54,84	3	42,86	20	52,64
Total	31	100,00	7	100,00	38	100,00

ObservaRH/NESP/CEAM/UNB, Pesquisa de Campo, setembro a novembro de 2005

TABELA 49 Distrito Federal: Distribuição dos médicos da Estratégia Saúde da Família (CASSI/DF) e Programa Família Saudável (SES/DF) que exercem outra atividade médica, por setor - 2005.

Setor	CASSI		SES		GERAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Setor público	0	0,00	3	23,08	3	16,67
Setor privado	4	80,00	7	53,85	11	61,11
Setor público e privado	1	20,00	1	7,69	2	11,11
Não respondeu	0	0,00	2	15,38	2	11,11
Total	5	100,00	13	100,00	18	100,00

ObservaRH/NESP/CEAM/UNB, Pesquisa de Campo, setembro a novembro de 2005

TABELA 50 Distrito Federal: Distribuição percentual do tipo de atividade profissional complementar dos médicos da Estratégia Saúde da Família (CASSI/DF) e do Programa Família Saudável (SES/DF), segundo setor de atuação e tipo de atividade - 2005

Atividade médica complementar		CASSI	SES	Geral
Público	Ambulatório	0,00	0,00	0,00
	Hospital	14,29	12,90	13,16
	Outros	0,00	0,00	0,00
Privado	Ambulatório	57,14	19,35	26,32
	Hospital	28,57	3,23	26,32
	Outros	28,57	9,68	13,16

ObservaRH/NESP/CEAM/UNB, Pesquisa de Campo, setembro a novembro de 2005

TABELA 51 Distrito Federal: carga horária semanal média da atividade médica, além do programa, dos médicos da Estratégia Saúde da Família (CASSI/DF) e do Programa Família Saudável (SES/DF) por setor de atuação e tipo de atividade - 2005.

Setor e Tipo de Atividade além do Programa		Carga Horária semanal média	
		CASSI	SES
Setor público	Ambulatório	0,00	0,00
	Hospital	20,00	27,25
	Outros	0,00	0,00
Setor privado	Ambulatório	10,20	7,62
	Hospital	4,4	1,0
	Outros	5,2	3,43

ObservaRH/NESP/CEAM/UNB, Pesquisa de Campo, setembro a novembro de 2005

TABELA 52 Distrito Federal: Local do exercício de outra atividade médica dos médicos da Estratégia Saúde da Família (CASSI/DF) e Programa Família Saudável (SES/DF) - 2005.

Local	CASSI		SES		GERAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Brasília	6	85,71	6	35,29	12	50,00
Lago Norte	0	0,00	1	5,88	1	4,17
Taguatinga	0	0,00	1	5,88	1	4,17
Gama	0	0,00	1	5,88	1	4,17
Planaltina	0	0,00	1	5,88	1	4,17
Sobradinho	1	14,29	1	5,88	2	8,33
Outro DF	0	0,00	1	5,88	1	4,17
Fora do DF	0	0,00	5	29,41	5	20,83
Total	7	100,00	17	100,00	24	100,00

ObservaRH/NESP/CEAM/UNB, Pesquisa de Campo, setembro a novembro de 2005

11.1.6. Distribuição Percentual Média de diferentes fontes na renda dos médicos

A intenção principal desta pergunta foi avaliar o peso da remuneração da ESF e do PFS no total de rendimentos dos médicos entrevistados. Solicitou-se que fosse indicada a participação percentual, na renda total, dos rendimentos oriundos da estratégia/programa, dos proventos de aposentadoria e de outras rendas.

Entre os médicos da CASSI apenas 1 (14,29%) declarou ter na ESF a sua única fonte de renda. Entre os médicos do PFS foram 8, o que corresponde a 25,8%. Nos percentuais médios dos profissionais das duas instituições, 23,68% (9) tem no ESF/CASSI ou no PFS/SES a única fonte de rendimento; 15,78% (6) acumulam rendimentos de aposentadoria e da ESF/CASSI ou PFS/SES; 44,73% (17) acumulam os rendimentos da atividade de saúde da família com outras rendas; 7,89% (3) acumulam as três fontes mencionadas e 7,89% (3) não responderam ao quesito (Tabela 53).

Dos profissionais que declararam rendimentos de mais de uma fonte, os rendimentos oriundos da ESF e do PFS representam mais de 55% dos rendimentos totais. (58% entre os médicos da CASSI e 55,5% entre os médicos da SES/DF). Os proventos de aposentadoria representam 33,7% entre os médicos da CASSI e 23,7% entre os da SES/DF. A participação de Outras Rendas é percentualmente maior entre os médicos da SES/DF do que entre os da CASSI, respectivamente, 18,4% e 8,4% (Tabela 54).

TABELA 53 Distrito Federal: Número de fontes de renda na remuneração dos médicos da Estratégia Saúde da Família (CASSI/DF) e do Programa Família Saudável (SES/DF) - 2005

Fonte	CASSI	SES	GERAL
Programa	1	8	9
Programa/Aposentadoria	1	5	6
Programa/Outras Rendas	5	12	17
As Três Fontes	0	3	3
Não respondeu	0	3	3
Total	7	31	38

ObservaRH/NESP/CEAM/UNB, Pesquisa de Campo, setembro a novembro de 2005

TABELA 54 Distrito Federal: Participação percentual média de diferentes das fontes de renda na remuneração dos médicos da Estratégia Saúde da Família (CASSI/DF) e do Programa Família Saudável (SES/DF) – 2005.

Fonte	CASSI	SES	GERAL
Programa	58,00	55,5	56,2
Aposentadoria	33,7	23,7	26,0
Outras rendas	8,4	18,4	16,0

ObservaRH/NESP/CEAM/UNB, Pesquisa de Campo, setembro a novembro de 2005

11.2. ATUAÇÃO EM EQUIPE – BLOCO II DO QUESTIONÁRIO RESPONDIDO PELOS MÉDICOS

Os dados coletados nesta parte da pesquisa buscaram caracterizar o trabalho em equipe a partir da visão e da vivência do médico de saúde da família. Assim foram selecionadas algumas atividades nas quais procurou-se identificar até que ponto traduziam a realização do trabalho em equipe, entre elas a estratégia de programação de atividades, a atuação em grupos de atendimento de clientela, a sistemática de reuniões da equipe, além de aspectos associados às atividades de supervisão.

Foram ao todo 18 questões, no questionário original numeradas de 23 a 40, todas com alternativas indicadas para que o profissional assinasse a sua opção, havendo em três delas a abertura para registrar e especificar outra alternativa, além daquelas já propostas no questionário. Houve também algumas questões associadas, em que a resposta da seguinte dependia de ter havido uma resposta afirmativa na anterior.

De um modo geral os dados sugerem a adesão dos profissionais à atuação integrada com outros participantes da equipe, tanto em atividades de programação, como em algumas das atividades cotidianas, não havendo resultados discrepantes entre as instituições dos setores público e privado, embora em alguns casos a instituição do setor privado tenha apresentado unanimidade em algumas questões e o setor público tenha apresentado variações, que talvez possam ser atribuídas a peculiaridades das características das diversas regionais de saúde nas quais o programa atua.

As informações sugerem a valorização das reuniões da equipe pelos médicos, que costumam participar dessa atividade com regularidade, algumas vezes assumindo a coordenação das mesmas, ainda que informalmente. No geral a diferença encontrada entre as instituições dos setores público e privado foi em relação à coordenação das reuniões, sendo que na instituição privada o médico aparece em maior proporção. No tocante à participação do médico em atividades por grupos de clientela, as opções do setor público se concentraram nos grupos de gestantes, hipertensos e diabéticos. No setor privado esses grupos de clientela foram assinalados

apenas por um médico e os demais especificaram a ocorrência de uma atividade em grupo denominada Dia da Saúde, mais na linha da promoção da saúde e prevenção de doenças, onde são abordados diversos temas para a clientela presente. Cabe ressaltar que os clientes da instituição privada tem acesso tanto a médicos de saúde da família como diretamente a especialistas da instituição.

Sobre supervisão médica recebida e supervisão do nível central, as respostas fornecidas são diferenciadas entre as duas instituições e em alguns casos dentro das próprias instituições.

A seguir são apresentados comentários mais específicos em relação a cada um dos pontos estudados e as tabelas correspondentes.

11.2.1. Atuação com demais integrantes da equipe

Os dados coletados sugerem uma adesão expressiva dos médicos das duas instituições à atuação com outros integrantes da equipe, em consonância com a proposta de trabalho do programa saúde da família. Destaque-se que a composição das equipes é diferenciada nas duas instituições, mas ainda assim 94,74% dos médicos buscam a colaboração daqueles que fazem parte de sua equipe, o que representa uma transformação frente a outros modelos de atenção onde o trabalho do profissional médico apresenta, usualmente, um caráter mais autônomo. Há também a procura habitual do médico pelos outros integrantes da equipe, o que poderia ser esperado em função do papel desse profissional no atendimento ao cliente, sugerindo também a acessibilidade do mesmo no âmbito da equipe. Destacamos que houve coincidência no número de médicos do setor público que busca habitual ou ocasionalmente aos demais membros da equipe com o número em que os médicos são procurados habitual ou ocasionalmente.

A seguir as tabelas 55 e 56, correspondentes aos pontos acima comentados e que permitem uma leitura mais detalhada do assunto.

TABELA 55 Distrito Federal: Frequência com que os médicos da Estratégia de Saúde da Família da CASSI e do Família Saudável da SÉS solicitam a colaboração de outros integrantes da equipe, por instituição - 2005.

Busca a colaboração de outros integrantes	CASSI/DF		SES/DF		GERAL	
	N	%	N	%	N	%
Habitualmente	7	100,00	29	93,55	36	94,74
Ocasionalmente	0	0,00	1	3,23	1	2,63
Não	0	0,00	1	3,23	1	2,63
Total	7	100,00	31	100,00	38	100,00

ObservaRH/NESP/CEAM/UnB – pesquisa de campo, setembro a novembro/2005

TABELA 56 Distrito Federal: Frequência com que os médicos da Estratégia de Saúde da Família da CASSI e do Família Saudável da SES são solicitados por outros integrantes da equipe, por instituição - 2005.

Frequência	CASSI/DF		SES/DF		GERAL	
	N	%	N	%	N	%
Habitualmente	7	100,00	29	93,55	36	94,74
Ocasionalmente	0	0,00	1	3,23	1	2,63
Não respondeu	0	0,00	1	3,23	1	2,63
Total	7	100,00	31	100,00	38	100,00

ObservaRH/NESP/CEAM/UnB – pesquisa de campo, setembro a novembro/2005

A atuação dos médicos com outros integrantes da equipe ocorre com expressividade nas atividades que envolvem a atenção domiciliar (78,95% na categoria habitual) e o trabalho na comunidade (71,05) ou com grupos (68,42), ambas na categoria habitual. Em seguida vem as atividades na unidade de saúde que revelam 57,89% de frequência de atuação em equipe, também na categoria habitual. Quando se trata de assuntos da administração ou atividades administrativas, a frequência de atuação em

equipe na categoria habitual é de 31,58%, sendo o peso maior situado em ocasional (50%). Embora o grau de adesão ao trabalho com demais integrantes da equipe seja elevado, houve margem para outras respostas no momento de citar em que atividades esse profissional atua com os demais, tendo havido algumas omissões e alguns registros de não realização de atividades com a equipe, tanto na unidade, como em grupo ou junto à comunidade. Para uma leitura mais detalhada seguem tabelas 57, 58 e 59, estas últimas por instituição.

TABELA 57 Distrito Federal: Frequência com que os médicos da Estratégia de Saúde da Família da CASSI e do Família Saudável da SES atuam com outros integrantes da equipe, por atividade - 2005.

Especialidade	Habitualmente		Ocasionalmente		Não		Não Respondeu		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Unidade	22	57,89	11	28,95	2	5,26	3	7,89	38	100
Domicílio	30	78,95	6	15,79	0	-	2	5,26	38	100
Grupo	26	68,42	8	21,05	1	2,63	3	7,89	38	100
Comunidade	27	71,05	7	18,42	2	5,26	2	5,26	38	100
Administração	12	31,58	19	50,00	2	5,26	5	13,16	38	100

ObservaRH/NESP/CEAM/UnB – pesquisa de campo, setembro a novembro/2005

TABELA 58 Distrito Federal: Frequência com que os médicos da Estratégia de Saúde da Família da CASSI atuam com outros integrantes da equipe, por atividade - 2005.

Especialidade	Habitualmente		Ocasionalmente		Não		Não Respondeu		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Unidade	4	57,14	3	42,86	0	-	0	-	7	100
Domicílio	6	85,71	1	14,29	0	-	0	-	7	100
Grupo	4	57,14	3	42,86	0	-	0	-	7	100
Comunidade	3	42,86	3	42,86	1	14,29	0	-	7	100
Administração	3	42,86	3	42,86	1	14,29	0	-	7	100

ObservaRH/NESP/CEAM/UnB – pesquisa de campo, setembro a novembro/2005

TABELA 59 Distrito Federal: Frequência com que os médicos da Estratégia de Saúde da Família da SES atuam com outros integrantes da equipe, por atividade - 2005.

Especialidade	Habitualmente		Ocasionalmente		Não		Não Respondeu		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Unidade	18	58,06	8	25,81	2	6,45	3	9,68	31	100
Domicílio	24	77,42	5	16,13	0	-	2	6,45	31	100
Grupo	22	70,97	5	16,13	1	3,23	3	9,68	31	100
Comunidade	24	77,42	4	12,90	1	3,23	2	6,45	31	100
Administração	9	29,03	16	51,61	1	3,23	5	16,13	31	100

ObservaRH/NESP/CEAM/UnB – pesquisa de campo, setembro a novembro/2005

11.2.2. Participação no atendimento a grupos de clientela

Em relação ao atendimento a grupos de clientela, buscou-se identificar em que grupos se dá a participação do médico. O questionário de coleta de dados indicou alternativas de grupos de clientela, para opções não excludentes pelo profissional, além de abrir a possibilidade de que o mesmo especificasse outras alternativas.

Os 3 grupos de clientela mais citados pelos médicos do setor público, por ordem, são gestantes, hipertensos e diabéticos, os dois primeiros com 30 citações e o terceiro com 29. Na sequência vem grupo de idosos, citado 21 vezes, obesos com 15 citações, transtornos mentais com 10 citações e ao final alcoólicos com 09 citações. Em outras clientelas atendidas houve 21 citações das quais foram especificadas: crianças (10 vezes); adolescentes (4 vezes); mulher (2 vezes); por assuntos surgiu planejamento familiar (2 vezes) e DST (1 vez); e atendimento conforme a demanda.

Na instituição do setor privado em estudo apenas um médico assinalou de maneira uniforme todos os grupos de clientela sugeridos no questionário. Essa uniformidade de citações em relação aos diversos grupos gerou uma consulta à base de dados e verificou-se que os demais médicos não assinalaram os grupos de clientela listados no questionário de coleta de dados, mas especificaram a atividade em grupo denominada Dia da Saúde, em que um conjunto diversificado de clientela participa das atividades, que tem o caráter de promoção da saúde e prevenção de doenças, tendo sido referida ainda a questão do tabagismo (por 3 vezes). As demais situações e patologias, conforme observações feitas em 2 questionários, são geralmente abordadas por outros grupos de profissionais. Cabe lembrar que o setor privado foco deste estudo tem também a disposição da clientela o acesso direto a especialistas, além do acesso ao médico de saúde da família.

A tabela 60 a seguir registra o número de citações em relação a cada grupo de clientela, podendo um mesmo médico ter citado mais de um, todos ou nenhum dos grupos. A leitura portanto deve ser dissociada do número total de médicos.

TABELA 60 Distrito Federal: Grupos de clientela dos quais o médico da Estratégia de Saúde da Família da CASSI e do Família Saudável da SES participa do atendimento, citações por instituição - 2005.

Clientela	CASSI/DF		SES/DF		GERAL	
	N	%	N	%	N	%
Gestantes	1	11,11	30	18,75	31	18,34
Hipertensos	1	11,11	30	18,75	31	18,34
Diabéticos	1	11,11	29	18,13	30	17,75
Idosos	1	11,11	21	13,13	22	13,02
Obesos	1	11,11	15	9,38	16	9,47
Transtorno Mental	1	11,11	9	5,63	10	5,92
Alcoólatras	1	11,11	8	5,00	09	5,33
Outras	2	22,22	18	11,25	20	11,83
Total de citações	9	100,00	160	100,00	169	100,00

ObservaRH/NESP/CEAM/UnB – pesquisa de campo, setembro a novembro/2005

11.2.3. Sistemática de reuniões e coordenação da equipe

As equipes, tanto no setor público como na instituição do setor privado em estudo, apontam a sistemática de reuniões regulares e em sua maioria com periodicidade semanal, conforme tabela 61. Na CASSI todos médicos indicam essa periodicidade, enquanto no setor público essa referência semanal é de 83,87%. A periodicidade quinzenal ou a ausência de periodicidade, também indicadas no setor público, talvez possam ser atribuídas ao fato de haver variação entre as regionais de saúde nas quais os médicos estão sediados.

As reuniões realizadas apresentam como duração mais mencionada o intervalo a partir de 1 até 2 horas, tanto nos setores privado (85,72%) como público (35,48%), de acordo com a tabela 62. No setor público, onde houve mais variedade de respostas, a duração que vem mencionada na seqüência refere-se ao intervalo de 2 a 3h (32,26%), depois os extremos de duração: até 1h (22,58%) e finalmente mais de 3h (6,45%). Pode-se levar-

tar que essa variação no setor público esteja associada ao trabalho característico em cada uma das regionais de saúde de atuação. De modo geral talvez fosse interessante em outros estudos dessa natureza investigar o conteúdo predominantemente abordado nessas reuniões o que permitiria algumas associações com o tempo de duração.

TABELA 61 Distrito Federal: Periodicidade com que a equipe da Estratégia de Saúde da Família da CASSI e do Família Saudável da SES, se reúne, por instituição - 2005.

Periodicidade	SES/DF		CASSI/DF		GERAL	
	N	%	N	%	N	%
Semanal	26	83,87	7	100,00	33	86,84
Quinzenal	3	9,68	0	0,00	3	7,89
Sem periodicidade	1	3,23	0	0,00	1	2,63
Não respondeu	1	3,23	0	0,00	1	2,63
Total	31	100,00	7	100,00	38	100,00

ObservaRH/NESP/CEAM/UnB – pesquisa de campo, setembro a novembro/2005

TABELA 62 Distrito Federal: Duração das reuniões das equipes da Estratégia de Saúde da Família da CASSI e do Família Saudável da SES, por instituição - 2005.

Duração	SES /DF		CASSI /DF		GERAL	
	N	%	N	%	N	%
Até 1 hora	7	22,58	1	14,29	8	21,05
Mais de 1 hora até 2 horas	11	35,48	6	85,72	17	44,74
Mais de 2 horas até 3 horas	10	32,26	0	0,00	10	26,32
Mais de 3 horas	2	6,45	0	0,00	2	5,26
Não respondeu	1	3,23	0	0,00	1	2,63
Total	31	100,00	7	100,00	38	100,00

ObservaRH/NESP/CEAM/UnB – pesquisa de campo, setembro a novembro/2005

No tocante à coordenação de reuniões, questionou-se que profissional da equipe coordena habitualmente essa atividade. A instituição do setor privado referiu a estratégia de rotatividade na coordenação de reuniões, da ordem de 50,00%, enquanto no setor público a menção desta estratégia é de 6,45%. Na CASSI/DF, o registro de profissionais que atuam habitualmente como coordenadores revela igual percentual entre médicos (25%) e outros profissionais (25%). No setor público a maior referência para coordenação de reuniões vai para o enfermeiro (73,53%), seguida do médico (14,71%). Talvez esta diferença entre as instituições ocorra, em parte, pela diversidade na composição das equipes entre os setores público e privado e pelo papel que historicamente o profissional de enfermagem tem tido na atuação em equipe, no setor público. A tabela 63 a seguir apresenta os profissionais citados como responsáveis pela coordenação de reuniões.

TABELA 63 Distrito Federal: Citações de profissionais que coordenam as reuniões da Estratégia de Saúde da Família da CASSI e do Família Saudável da SES, por instituição - 2005.

Profissional	CASSI/DF		SES/DF		GERAL	
	N	%	N	%	N	%
Médico	2	25,00	5	14,71	7	16,67
Enfermeiro	0	0,00	25	73,53	25	59,52
Outros	2	25,00	0	0,00	2	4,76
Rotativamente	4	50,00	2	5,88	6	14,29
Não respondeu	0	0,00	2	5,88	2	4,76
Total de citações	8	100,00	34	100,00	42	100,00

ObservaRH/NESP/CEAM/UnB – pesquisa de campo, setembro a novembro/2005

Na opinião da maioria dos médicos, as reuniões contribuem positivamente para a eficiência do trabalho da equipe. Tivemos a indicação de que as reuniões contribuem muito por parte de 87,10% dos profissionais do setor público e 71,43% na instituição do setor privado, sendo que apenas 13,16% no geral assinalaram que contribui pouco. Nenhum médico

assinalou que as reuniões não contribuem ou que não tem opinião a respeito, embora tenha ocorrido uma ausência de resposta. Coerentemente a participação dos médicos nas reuniões é elevada, sendo de 100% no caso da instituição do setor privado e 93,55% no setor público. Somente um médico do setor público registrou a participação ocasional e outro não informou. No geral não houve nenhum registro de não participação nas reuniões. As tabelas 64 e 65 ilustram esses dados.

TABELA 64 Distrito Federal: Contribuição das reuniões para a maior eficiência do trabalho da equipe da Estratégia de Saúde da Família da CASSI e do Família Saudável da SES - 2005.

As reuniões contribuem	CASSI/DF		SES/DF		GERAL	
	N	%	N	%	N	%
Muito	5	71,43	27	87,10	32	84,21
Um pouco	2	28,57	3	9,68	5	13,16
Não contribui	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Não tenho opinião	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Não respondeu	0	0,00	1	3,23	1	2,63
Total	7	100,00	31	100,00	38	100,00

ObservaRH/NESP/CEAM/UnB – pesquisa de campo, setembro a novembro/2005

TABELA 65 Distrito Federal: Frequência com que os médicos da Estratégia de Saúde da Família da CASSI e do Família Saudável da SES participam das reuniões, por instituição - 2005.

Participação nas reuniões	CASSI/DF		SES/DF		GERAL	
	N	%	N	%	N	%
Habitualmente	7	100,00	29	93,55	36	94,74
Ocasionalmente	0	0,00	1	3,23	1	2,63
Não respondeu	0	0,00	1	3,23	1	2,63
Total	7	100,00	31	100,00	38	100,00

ObservaRH/NESP/CEAM/UnB – pesquisa de campo, setembro a novembro/2005

No que se refere ao exercício da coordenação da equipe, buscou-se levantar, com duas questões específicas, se os médicos que participaram da coleta de dados tinham experiência na coordenação da equipe. Mais da metade dos médicos da instituição do setor privado em estudo expressaram exercer atualmente essa coordenação, ainda que informalmente (85,71%) ou já ter exercido anteriormente essa função (57,14%). No caso do setor público o maior percentual das respostas vai para o não exercício dessa coordenação, mas ainda assim, 45,16% informam exercer hoje a coordenação da equipe, ainda que informalmente ou já ter exercido essa função no passado. Interessante observar a diferença, no setor público, entre o exercício da coordenação da equipe e a atividade de coordenação de reuniões da equipe, sendo que na primeira o percentual de médicos é maior.

A seguir as tabelas 66 e 67, correspondentes aos pontos acima comentados e que permitem uma leitura mais detalhada do assunto.

TABELA 66 Distrito Federal: Distribuição de médicos da Estratégia de Saúde da Família da CASSI e do Família Saudável da SES, que exercem, formal ou informalmente, a coordenação da equipe, por instituição - 2005.

Exerce a coordenação	CASSI/DF		SES/DF		GERAL	
	N	%	N	%	N	%
Sim	6	85,71	14	45,16	20	52,63
Não	1	14,29	16	51,61	17	44,74
Não respondeu	0	0,00	1	3,23	1	2,63
Total	7	100,00	31	100,00	38	100,00

ObservaRH/NESP/CEAM/UnB – pesquisa de campo, setembro a novembro/2005

TABELA 67 Distrito Federal: Distribuição de médicos da Estratégia de Saúde da Família da CASSI e do Família Saudável da SES, que já exerceram a coordenação da equipe, por instituição - 2005.

Já exerceu a coordenação	CASSI/DF		SES/DF		GERAL	
	N	%	N	%	N	%
Sím	4	57,14	14	45,16	18	47,37
Não	2	28,57	14	45,16	16	42,11
Não respondeu	1	14,29	3	9,68	4	10,53
Total	7	100,00	31	100,00	38	100,00

ObservaRH/NESP/CEAM/UnB – pesquisa de campo, setembro a novembro/2005

11.2.4. Estratégia de programação de atividades da equipe

Quando consultados sobre a estratégia de programação das atividades da equipe, todos os médicos da CASSI/DF informaram que a programação é feita em conjunto. Houve um médico que, além de assinalar a estratégia de programação em conjunto, incluiu na opção “outros” que esse trabalho é assumido “pela chefia quando por macro equipes”.

No setor público mais da metade dos médicos também informa que a programação de atividades é realizada em conjunto. Mas há outras alternativas preenchidas, como a programação pelo coordenador da equipe ou do programa, num percentual de 12,90% cada uma; a programação feita individualmente, assinalada por 9,68% dos médicos e ainda a opção “outros”, com 6,45% de representação, além de uma ausência de resposta. No caso do setor público pode-se ponderar até que ponto essa diversidade de alternativas assinaladas se deveria a características próprias de cada uma das regionais de saúde em que o trabalho está organizado.

A seguir a tabela 68 correspondente aos pontos acima comentados e que permite uma leitura mais detalhada do assunto.

TABELA 68 Distrito Federal: Estratégia de elaboração da programação de atividades, citações por instituição, pelos médicos da Estratégia de Saúde da Família da CASSI e do Família Saudável da SES- 2005.

Programação das atividades	CASSI/DF		SES/DF		GERAL	
	N	%	N	%	N	%
Individualmente	0	0,00	3	9,68	3	7,69
Em conjunto	7	87,50	17	54,84	24	61,54
Coordenador da Equipe	0	0,00	4	12,90	4	10,26
Coordenação do programa	0	0,00	4	12,90	4	10,26
Outro	1	12,50	2	6,45	3	7,69
Não respondeu	0	0,00	1	3,23	1	2,56
Total de citações	8*	100,00	31	100,00	39	100,00

ObservaRH/NESP/CEAM/UnB – pesquisa de campo, setembro a novembro/2005

*Esse total está contando duas vezes um médico da CASSI que assinalou as alternativas “em conjunto” e também “outro”

11.2.5. Supervisão Médica

No que diz respeito à supervisão, indagou-se especificamente sobre o recebimento de supervisão médica no desenvolvimento das atividades. Os profissionais da instituição do setor privado responderam não receber esse tipo de supervisão, embora um deles tenha referido na opção “outros” a existência de acompanhamento. No setor público 77,42% disseram não receber supervisão médica, enquanto parte dos profissionais (19,35%) informou o recebimento dessa modalidade de supervisão, havendo ainda uma ausência de resposta (vide tabela 69). Levanta-se como hipótese até que ponto esta questão pode ter envolvido diferentes compreensões a respeito de supervisão médica e ainda, no caso do setor público, as características próprias de cada regional de saúde.

TABELA 69 Distrito Federal: Recebimento de alguma supervisão médica no desenvolvimento das atividades do médico da Estratégia de Saúde da Família da CASSI e do Família Saudável da SES, por instituição -2005.

Supervisão médica	CASSI/DF		SES/DF		GERAL	
	N	%	N	%	N	%
Sim	0	0,00	6	19,35	6	15,79
Não	7	100,00	24	77,42	31	81,58
Não respondeu	0	0,00	1	3,23	1	2,63
Total	7	100,00	31	100,00	38	100,00

ObservaRH/NESP/CEAM/UnB – pesquisa de campo, setembro a novembro/2005

Complementarmente foi pedido aos médicos que responderam afirmativamente quanto ao recebimento de supervisão médica, que informassem a periodicidade e a forma como é feita essa supervisão. Dos 6 médicos que responderam afirmativamente ao recebimento de supervisão médica, todos oriundos do setor público, apenas 5 especificaram os detalhes solicitados. Quando se pergunta a periodicidade, a consulta à base de dados revela como respostas assinaladas quatro opções para periodicidade indefinida e uma opção para periodicidade mensal. Quando se pergunta qual a forma de supervisão médica recebida, a consulta à base de dados revela as opções entre supervisão realizada com a presença de outros médicos (duas respostas), com equipe multidisciplinar (duas respostas) ou individualmente (uma opção).

11.2.6. Reuniões de supervisão do nível central

Sobre a ocorrência de reuniões de supervisão do nível central das instituições com as equipes do saúde da família, 58,06% dos médicos do setor público responderam afirmativamente e 29,03% disseram não haver esse tipo de atividade. Houve também ausências de resposta. Na instituição do setor privado a resposta afirmativa foi de 85,71% e a indicação de não haver esse tipo de atividade foi de 14,25%. Aos que responderam afirmativamente foi pedida a informação da periodicidade dessas reuniões

de supervisão. A primeira indicação foi de que as mesmas ocorrem sem periodicidade definida, conforme 66,67% dos médicos da instituição do setor privado e 44,44% no setor público. Em seguida vem a periodicidade mensal e no final a semanal, no global das instituições. Curioso registrar que o universo de médicos do setor privado é trabalhado em dois sub-grupos e houve respostas diferenciadas. No setor público, por tratar-se de reunião de supervisão com nível central poder-se-ia se esperar a indicação de um mesmo procedimento na resposta, que independesse das variações das regionais de saúde. A pergunta que fica é até que ponto os profissionais têm a mesma compreensão conceitual do que seria uma reunião de supervisão do nível central e ainda até que ponto haveria diferenças, no setor público, em função do trabalho por regionais de saúde.

A seguir as tabelas 70 e 71, correspondentes aos pontos acima comentados e que permitem uma leitura mais detalhada do assunto.

TABELA 70 Distrito Federal: Recebimento de supervisão do nível central pela equipe da Estratégia de Saúde da Família da CASSI e do Família Saudável da SES, por instituição 2005.

Recebe supervisão do nível central	CASSI/DF		SES/DF		GERAL	
	N	%	N	%	N	%
Sim	6	85,71	18	58,06	24	63,16
Não	1	14,29	9	29,03	10	26,32
Não respondeu	0	0,00	4	12,90	4	10,53
Total	7	100,00	31	100,00	38	100,00

ObservaRH/NESP/CEAM/UnB – pesquisa de campo, setembro a novembro/2005

TABELA 71 Distrito Federal: Periodicidade da supervisão do nível central na equipe da Estratégia de Saúde da Família da CASSI e do Família Saudável da SES, por instituição - 2005.

Periodicidade	CASSI		SES		GERAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Semanal	1	16,67	4	22,22	5	20,83
Mensal	1	16,67	6	33,33	7	29,17
Sem periodicidade	4	66,67	8	44,44	12	50,00
Total	6	100,00	18	100,00	24	100,00

ObservaRH/NESP/CEAM/UnB – pesquisa de campo, setembro a novembro/2005

11.2.7. Fatores que influenciam no trabalho

Foi solicitada a indicação dos graus de importância elevado, médio ou baixo em relação ao aperfeiçoamento da capacitação dos integrantes da equipe, especialmente dos médicos ou dos integrantes da equipe indistintamente, a melhora na organização do trabalho em equipe, a melhora no sistema de referência e contra-referência, além de abrir a possibilidade de especificação de outros fatores.

O que se observou pelo conjunto de respostas foi uma valorização de todas as opções listadas, sendo atribuído no global das duas instituições mais de 70% de importância elevada a cada um dos fatores. Destacando por instituição, dos médicos da instituição do setor privado que assinalaram as alternativas, todos (85,71%) atribuíram grau elevado igualmente para os fatores sugeridos; e houve uma ausência de resposta para os diversos fatores. No setor público onde também predominou uma elevada avaliação do grau de importância, houve contudo uma diferenciação entre cada um dos fatores: aperfeiçoamento das equipes foi o mais citado como de importância elevada (80,65%), seguido de referência e contra referência (77,42%) e igualmente avaliados o aperfeiçoamento do médico e a organização do trabalho da equipe, com 70,97% das respostas. Somente dois fatores foram apontados como de baixa importância, por 2,63% dos médicos do setor público: aperfeiçoamento do médico e referência e contra referência.

Outros fatores especificados pelos médicos se reportaram principalmente a: qualificação de gestores; administração e gerência; valorização profissional e melhores condições de trabalho; organização de procedimentos entre os serviços central e locais e maior aproximação da coordenação com os médicos; melhora no sistema de informações e consolidação de dados; transporte específico para a equipe, enfatizando área rural; vínculo com a comunidade.

Em relação à questão que gerou essa tabela, a equipe de pesquisa levanta a possibilidade do tipo de formulação ter influenciado nas respostas, razão pela qual se sugere sua revisão na perspectiva de novos estudos desse tipo, solicitando escalonamento entre os fatores, do mais ao menos importante, a exemplo do que foi feito em outras questões.

A importância atribuída pelos médicos em relação a fatores que possam contribuir para os melhores resultados do programa estão expressos nas tabelas 72, 73 e 74, a seguir, que trazem respectivamente os dados globalizados e por instituição.

TABELA 72 Distrito Federal: Importância atribuída pelos médicos da Estratégia de Saúde da Família da CASSI e do Família Saudável da SES, a fatores que podem melhorar os resultados do programa- 2005.

Fator	Elevado		Médio		Baixo		Não Respondeu		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
aperfeiçoar médicos	28	73,68	3	7,89	1	2,63	6	15,79	38	100,00
aperfeiçoar equipes	31	81,58	4	10,53	0	-	3	7,89	38	100,00
organização do trabalho	28	73,68	6	15,79	0	-	4	10,53	38	100,00
sistema de referência e contra referência	30	78,95	2	5,26	1	2,63	5	13,16	38	100,00
Outro	8	21,05	1	2,63	0	-	29	76,32	38	100,00

ObservaRH/NESP/CEAM/UnB – pesquisa de campo, setembro a novembro/2005

TABELA 73 Distrito Federal: Importância atribuída pelos médicos da Estratégia de Saúde da Família da CASSI, a fatores que podem melhorar os resultados do programa - 2005.

Fator	Elevado		Médio		Baixo		Não Respondeu		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
aperfeiçoar médicos	6	85,71	0	-	0	-	1	14,29	7	100,00
aperfeiçoar equipes	6	85,71	0	-	0	-	1	14,29	7	100,00
organização do trabalho	6	85,71	0	-	0	-	1	14,29	7	100,00
sistema de referência e contra referencia	6	85,71	0	-	0	-	1	14,29	7	100,00
Outro	4	57,14	0	-	0	-	3	42,86	7	100,00

ObservaRH/NESP/CEAM/UnB – pesquisa de campo, setembro a novembro/2005

TABELA 74 Distrito Federal: Importância atribuída pelos médicos da Estratégia Família Saudável da SES, a fatores que podem melhorar os resultados do programa - 2005.

Fator	Elevado		Médio		Baixo		Não Respondeu		Total	
	Nº	%	N	%	N	%	N	%	N	%
aperfeiçoar médicos	22	70,97	3	9,68	1	2,63	5	16,13	31	100,00
aperfeiçoar equipes	25	80,65	4	12,90	0	-	2	6,45	31	100,00
organização do trabalho	22	70,97	6	19,35	0	-	3	9,68	31	100,00
sistema de referência e contra referencia	24	77,42	2	6,45	1	2,63	4	12,90	31	100,00
Outro	4	12,90	1	3,23	0	-	26	83,87	31	100,00

ObservaRH/NESP/CEAM/UnB – pesquisa de campo, setembro a novembro/2005

11.3. INTERAÇÃO COM A REDE DE SERVIÇOS – BLOCO III DO QUESTIONÁRIO PREENCHIDO PELOS MÉDICOS

Os dados coletados nesta parte tiveram como foco as atividades associadas à referência e contra-referência, conforme a prática e a visão do médico de saúde da família. Assim foram levantadas algumas atividades chaves relacionadas à referência, como a busca da opinião de especialistas por parte dos médicos, os meios oferecidos pela instituição e os mais utilizados pelo profissional para ouvir a opinião desses especialistas, além das especialidades para as quais refere pacientes e proporção em que os encaminhamentos ocorrem. Pelo foco da contra-referência o que se perguntou foi se o médico recebia algum tipo de retorno após o encaminhamento ao especialista. Foi também solicitada a opinião dos médicos sobre o funcionamento dos mecanismos de referência e contra-referência.

Foram ao todo 8 questões, no questionário original numeradas de 41 a 48, todas com alternativas indicadas para que o profissional assinasse a sua opção, havendo em três delas a abertura para registrar e especificar outra alternativa, além daquelas já propostas no questionário.

De um modo geral os dados apontam a adoção do procedimento de encaminhamento de pacientes a especialistas, da ordem de 100% no caso da instituição privada e em 90,32% no setor público, conforme tabela a seguir.

TABELA 75 Distrito Federal: Distribuição de médicos da Estratégia de Saúde da Família da CASSI e do Família Saudável da SES, que procuram a opinião de especialista, por instituição - 2005.

Procura opinião de outro especialista	CASSI/DF		SES/DF		GERAL	
	N	%	N	%	N	%
Sim	7	100,00	28	90,32	35	92,11
Não	0	0,00	2	6,45	2	5,26
Não respondeu	0	0,00	1	3,23	1	2,63
Total	7	100,00	31	100,00	38	100,00

Entre os meios de comunicação com especialistas, os mais citados pelos profissionais, tanto em função de sua disponibilização pela instituição, como pela maior frequência de uso, apontaram de modo geral para o pedido de parecer e telefone. Na CASSI pedido de parecer e telefone estão empatados. No setor público o pedido de parecer é o mais citado, seguido do telefone, mas já em menor proporção. A internet, de modo geral, é muito pouco citada. Vide a esse respeito as tabelas 76 e 77.

TABELA 76 Distrito Federal: Meios oferecidos pelo programa Família Saudável da SES e pela Estratégia de Saúde da Família da CASSI para buscar a opinião de especialista, conforme citações por instituição - 2005.

Meios oferecidos pelo programa	CASSI/DF		SES/DF		GERAL	
	N	%	N	%	N	%
Pedido de parecer	6	42,86	24	64,86	30	58,82
Telefone	6	42,86	4	10,81	10	19,61
Internet	1	7,14	1	2,70	2	3,92
Outros	1	7,14	8	21,62	9	17,65
Total de citações	14	100,00	37	100,00	51	100,00

ObservaRH/NESP/CEAM/UnB – pesquisa de campo, setembro a novembro/2005

TABELA 77 Distrito Federal: Meios mais utilizados pelos médicos da Estratégia de Saúde da Família da CASSI e do Família Saudável da SES, para buscar a opinião de especialista, citações por instituição - 2005.

Meios mais utilizados	CASSI/DF		SES/DF		GERAL	
	N	%	N	%	N	%
Pedido de parecer	5	45,45	22	70,97	27	64,29
Telefone	5	45,45	3	9,68	8	19,05
Internet	0	0,00	1	3,23	1	2,38
Outros	1	9,09	5	16,13	6	14,29
Total de citações	11	100,00	31	100,00	42	100,00

ObservaRH/NESP/CEAM/UnB – pesquisa de campo, setembro a novembro/2005

A investigação sobre as especialidades para as quais há referência de clientela, de forma habitual, ocasional ou inexistente, revelou alguma variedade no procedimento entre as instituições dos setores público e privado estudadas. Foram apresentadas pelo questionário as seguintes alternativas de especialidades: Pediatria, Ginecologia/Obstetrícia, Cirurgia Geral e Clínica Médica, abrindo ainda a possibilidade para especificação de outras.

De modo geral o setor público assinala algum encaminhamento para as diversas especialidades, embora também registre um percentual de não encaminhamentos e a especificação de outras especialidades. No caso da instituição do setor privado foi para a opção outras especialidades que a totalidade dos médicos registrou encaminhamento, seja habitual ou ocasional; para as especialidades sugeridas no questionário houve menor proporção ou ausência de encaminhamentos.

Como ponto comum entre as duas instituições, para referência habitual, encontra-se a Cirurgia Geral, embora no caso da instituição privada uma proporção menor de médicos registre essa referência, conforme pode ser visualizado nas tabelas 78 e 79.

No que diz respeito ao setor privado, seguem alguns comentários e ao final dos mesmos vem a tabela 78, que contem os dados respectivos.

Considerando cada especialidade sugerida no questionário, observa-se que para Cirurgia Geral e Ginecologia/Obstetrícia há mais de metade dos médicos que fazem encaminhamentos habituais e ocasionais, em igual proporção para cada uma dessas especialidades. Há contudo 42,86% dos profissionais que informa não fazer encaminhamento para Cirurgia Geral e igual proporção não informou quanto à especialidade Ginecologia e Obstetrícia. Essa situação pode ser compreendida pelas características da instituição, tendo havido, inclusive, observações anotadas nos questionários por alguns dos médicos (28,57%), informando que pacientes de pediatria, de ginecologia e obstetrícia e mesmo os de cirurgia geral já contam com médicos dessas especialidades na própria unidade ou no quadro da instituição.

Na especialidade Pediatria não há registro de encaminhamento habitual, sendo que 14,29% dos médicos registrou o encaminhamento ocasional. Dos demais, 28,57% informaram não atender essa especialidade e mais de 50% dos profissionais não registrou resposta quanto a essa especialidade.

No tocante à Clínica Médica 57,14% dos médicos informaram não referir para essa especialidade e os demais não responderam a esse item. Em relação à Clínica Médica não há, portanto, registro de encaminhamentos, quer habituais, quer ocasionais, por parte dos médicos. Na abertura para especificação de outra especialidade, todos os médicos informaram referir clientes, sendo 71,43% em caráter habitual, para: Cardiologia, Endocrinologia, Nutrição, Psiquiatria e Fisioterapia, sendo que alguns dos profissionais citaram mais de uma dessas especialidades. No encaminhamento ocasional houve 28,57% dos médicos que referiram para Neurologia e Psiquiatria.

TABELA 78 Distrito Federal: Frequência com que os médicos da Estratégia Saúde da Família da CASSI referem o encaminhamento para as especialidades - 2005.

Especialidade	Habitualmente		Ocasionalmente		Não		Não Respondeu		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Pediatria	0	-	1	14,29	2	28,57	4	57,14	7	100,00
Ginecologia	2	28,57	2	28,57	0	-	3	42,86	7	100,00
Cirurgia Geral	2	28,57	2	28,57	0	-	3	42,86	7	100,00
Clínica médica	0	-	0	-	4	57,14	3	42,86	7	100,00
Outro	5(*)	71,43	2(**)	28,57	0	-	0	-	7	100,00

ObservaRH/NESP/CEAM/UnB – pesquisa de campo, setembro a novembro/2005

(*)Cardio,Endocrinologia,Nutr;Cardio e Endocrinologia; Cardio;Endocrinologia,Psiquiatria,Fisio, Nutr; Cardio;

(**) Neurologia e Psiquiatria

Comentando especificamente o setor público no DF (para leitura mais detalhada, vide tabela 79):

O setor público, habitualmente, além da Cirurgia Geral que ocupa a primeira posição, também refere para Ginecologia/Obstetrícia e Pediatria, que vem empatadas na segunda posição e por fim Clínica Médica. As opções para encaminhamento ocasional incluíram todas as especialidades, na seguinte ordem decrescente: Ginecologia/Obstetrícia; Pediatria; Cirurgia Geral e Clínica Médica. De qualquer forma também há o registro de parte dos médicos de que não fazem encaminhamento para as especialidades de Clínica Médica (28,95%), Pediatria (15,79%) e Ginecologia/Obstetrícia (13,16). Somente na especialidade de Cirurgia Geral não houve registro de não encaminhamentos – um médico não informou e todos os demais encaminharam seja habitual (45,16%), seja ocasionalmente (51,61%) Houve também o registro da opção outras especialidades, por parte de 19,35% dos médicos, no que se refere a encaminhamento habitual e para referência ocasional 35,48 dos profissionais registraram essa opção.

TABELA 79 Distrito Federal: Frequência com que os médicos do Programa Família Saudável da SES referem o encaminhamento para as especialidades - 2005.

Especialidade	Habitualmente		Ocasionalmente		Não		Não Respondeu		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Pediatria	4	12,90	19	61,29	6	15,79	2	6,45	31	100,00
Ginecologia	4	12,90	21	67,74	5	13,16	1	3,23	31	100,00
Cirurgia Geral	14	45,16	16	51,61	0	-	1	3,23	31	100,00
Clínica médica	3	9,68	12	38,71	11	28,95	5	16,13	31	100,00
Outro	6	19,35	11	35,48	0	-	14	45,16	31	100,00

ObservaRH/NESP/CEAM/UnB – pesquisa de campo, setembro a novembro/2005

Outra maneira de visualizar os encaminhamentos de pacientes foi solicitar dos médicos a proporção de pacientes referidos em relação aos pacientes atendidos.

No setor público mais de metade dos médicos estima em até 10% a proporção de encaminhamento dos pacientes e os demais se distribuem entre outras faixas proporcionais de referência. Pela ordem decrescente vem as estimativas de encaminhamento acima de 10 até 20% da clientela (19,35% dos médicos), acima de 20 até 30% de encaminhamento da clientela (12,90% dos médicos) e a outra faixa de estimativa preenchida foi a de mais de 40% de encaminhamentos (6,45% dos médicos). Parte dos profissionais (3,23%) registrou não ter estimativa sobre o assunto.

A instituição do setor privado em estudo concentrou em duas faixas de estimativas a proporção de encaminhamento de clientela: acima de 20 até 30% de clientela encaminhada foi apontada por 42,86% dos profissionais e a faixa de até 10% foi apontada por 28,57% dos médicos, assim como a ausência de estimativa. Esses dados podem ser visualizados na tabela 80, a seguir.

TABELA 80 Distrito Federal: Distribuição de médicos da Estratégia de Saúde da Família da CASSI e do Família Saudável da SES, por percentual de pacientes que refere e instituição - 2005.

Refere aproximadamente	CASSI/DF		SES/DF		GERAL	
	N	%	N	%	N	%
Até 10 %	2	28,57	18	58,06	20	52,63
Acima de 10% até 20%	0	0,00	6	19,35	6	15,79
Acima de 20% até 30%	3	42,86	4	12,90	7	18,42
Acima de 30% até 40%	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Acima de 40%	0	0,00	2	6,45	2	5,26
Sem estimativa	2	28,57	1	3,23	3	7,89
Total	7	100,00	31	100,00	38	100,00

ObservaRH/NESP/CEAM/UnB – pesquisa de campo, setembro a novembro/2005

Quando se pergunta sobre o caminho inverso (contra-referência), qual a situação de retorno do especialista ao médico que fez o encaminhamento de pacientes, a maior parte dos profissionais, tanto da instituição privada como do setor público, expressa que raramente isso acontece. A indicação de que isso ocorre com frequência é feita por 14,29% dos profissionais da entidade privada e 6,45% no setor público. Mas há também o registro de que o médico não recebe retorno do especialista, da ordem de 45,16% no setor público e de 14,29% na instituição do setor privado. A tabela 81, a seguir, apresenta esses dados.

TABELA 81 Distrito Federal: Recebimento de retorno do especialista ao qual o médico da Estratégia de Saúde da Família da CASSI e do Família Saudável da SES encaminhou paciente, por instituição - 2005.

Recebe retorno de encaminhamento	CASSI/DF		SES/DF		GERAL	
	N	%	N	%	N	%
Freqüentemente	1	14,29	2	6,45	3	7,89
Raramente	5	71,43	15	48,39	20	52,63
Não	1	14,29	14	45,16	15	39,47
Total	7	100,00	31	100,00	38	100,00

ObservaRH/NESP/CEAM/UnB – pesquisa de campo, setembro a novembro/2005

Este bloco de investigações finalizou pedindo a opinião dos profissionais sobre o funcionamento dos mecanismos de referência e contra-referência.

Em relação à referência, a maior parte dos médicos apontou seu funcionamento precário (de 77,42% a 85,71%, conforme as instituições pública e privada), seguido do depoimento de que não funciona (21,05% no geral). Não houve nenhum profissional sem opinião sobre o assunto, assim como nenhuma indicação de funcionamento adequado. A esse respeito vide tabela 82.

TABELA 82 Distrito Federal: Opinião dos médicos da Estratégia de Saúde da Família da CASSI e do Família Saudável da SES, sobre o funcionamento dos mecanismos de referência, por instituição - 2005.

Mecanismos de referência	CASSI/DF		SES/DF		GERAL	
	N	%	N	%	N	%
Adequadamente	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Precariamente	6	85,71	24	77,42	30	78,95
Não funciona	1	14,29	7	22,58	8	21,05
Sem opinião	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Total	7	100,00	31	100,00	38	100,00

ObservaRH/NESP/CEAM/UnB – pesquisa de campo, setembro a novembro/2005

Os mecanismos de contra-referência, conforme tabela 83, que virá na seqüência, foram apontados como precários por 71,43% dos profissionais na instituição privada, seguido da indicação de que não funcionam. No setor público a opinião de 51,61% dos médicos é a de que os mecanismos de contra-referência não funcionam, sendo apontado funcionamento precário por parte de 45,16% dos profissionais, havendo ainda uma ausência de opinião (3,23%).

TABELA 83 Distrito Federal: Opinião dos médicos da Estratégia de Saúde da Família da CASSI e do Família Saudável da SES, sobre o funcionamento dos mecanismos de contra-referência, por instituição - 2005.

Funcionamento dos mecanismos de contra-referência	CASSI/DF		SES/DF		GERAL	
	N	%	N	%	N	%
Adequado	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Precário	5	71,43	14	45,16	19	50,00
Não funcionam	2	28,57	16	51,61	18	47,37
Sem opinião	0	0,00	1	3,23	1	2,63
Total	7	100,00	31	100,00	38	100,00

ObservaRH/NESP/CEAM/UnB – pesquisa de campo, setembro a novembro/2005

11.4. CONHECIMENTOS SOBRE A POPULAÇÃO – BLOCO IV DO QUESTIONÁRIO PREENCHIDO PELOS MÉDICOS

Neste bloco de questões se buscou avaliar o conhecimento que os profissionais médicos tem sobre as condições de saúde e fatores de risco mais importantes da população sob sua responsabilidade. Adicionalmente se procurou investigar se há alguma preferência no atendimento de diferentes grupos populacionais e no desenvolvimento de algumas atividades selecionadas.

11.4.1. Conhecimento dos problemas de saúde e dos fatores de risco mais importantes

Não ocorreu diferença significativa entre a percentual de médicos da CASSI (71,43%) e da SES/DF (74,41%) no tocante ao acesso a diagnóstico dos problemas de saúde e dos fatores de risco na sua área de atuação (Tabela 84).

A própria estratégia de implantação do programa, nos dois casos, favorece este conhecimento, uma vez que já no cadastramento são tomadas as primeiras informações sobre a população sob responsabilidade do programa, tanto no caso da CASSI como da SES/DF.

TABELA 84 Distrito Federal: Acesso a diagnóstico dos problemas de saúde e dos fatores de risco da área de atuação por parte dos médicos da Estratégia Saúde da Família (CASSI/DF) e do Programa Família Saudável (SES/DF) - 2005.

Dispõe de diagnóstico	CASSI		SES		GERAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	5	71,43	24	74,41	29	76,31
Não	2	28,57	6	19,36	8	21,06
Não respondeu	0	0,00	1	3,23	1	2,63
Total	7	100,00	31	100,00	38	100,00

ObservaRH/NESP/CEAM/UNB, Pesquisa de Campo, setembro a novembro de 2005

11.4.2. Participação na elaboração do diagnóstico

Complementarmente foi solicitado aos médicos disseram ter tido acesso ao diagnóstico, que informassem se tinham participado na elaboração do mesmo. Na CASSI dos cinco médicos que disseram ter acesso ao diagnóstico, 4 (80%) participaram de sua elaboração. Na SES/DF de vinte quatro que disseram ter acesso, 17 (70,83%) participaram da elaboração.

TABELA 85 Distrito Federal: Participação dos médicos da Estratégia Saúde da Família (CASSI/DF) e do Programa Família Saudável (SES/DF) na elaboração de diagnóstico dos problemas de saúde e fatores de risco na área de atuação - 2005.

Participação em sua elaboração	CASSI		SES		GERAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	4	80,00	17	70,83	21	72,42
Não	1	20,00	5	20,83	6	20,69
Não respondeu	0	0,00	2	8,34	2	6,89
Total	5	100,00	24	100,00	29	100,00

ObservaRH/NESP/CEAM/UNB, Pesquisa de Campo, setembro a novembro de 2005

11.4.3. Clientela atendida na unidade de saúde e preferências no atendimento

Neste último bloco de questões solicitou-se uma estimativa da proporção de atendimento, na unidade de saúde, de diferentes grupos da população (crianças, adolescente, homens adultos, mulheres adultas e de idosos) e quais as preferências de atendimento, neste caso, pedindo a ordenação do grau de preferência, usando a escala de 1 (maior preferência) a 5 (menor preferência). O mesmo ordenamento de preferência foi solicitado em relação às atividades de consultório, atendimento em domicílio, atendimento em grupo na unidade e ações na comunidade.

Com relação aos atendimentos, mulheres adultas compõem o grupo populacional mais atendido no consultório da unidade do programa (29,4% do total). Em ordem decrescente, os demais grupos foram: idosos (21,1%); homens adultos (19,1%); crianças (18,3%) e adolescentes (10,9%). Porém, quando se analisam as respostas separadamente, segundo instituição, há uma diferença importante nas clientela atendidas: na CASSI predominam adultos e idosos (86%), com os idosos chegando a quase 35% do total; crianças e adolescentes tem pouca participação, menos de 10%. Na SES/DF, por sua vez, há um maior equilíbrio entre os diferentes grupos, com maior participação no atendimentos de crianças e mulheres adultas (71,67%); os idosos representam 18% dos atendimentos e crianças e adolescentes em torno de um terço (33,6%) (Tabela 86).

A maioria, 24 (63,15%) do total de médicos informam ter alguma preferência no atendimento dos diferentes grupos populacionais. Esse percentual é maior (85,71%) entre os médicos da CASSI/DF, do que entre os da SES/DF (58,06%) (Tabela 87).

Na tabulação dos escores de preferência no atendimento, idosos e adolescentes ficaram em primeiro e segundo lugar, respectivamente, entre os médicos da CASSI. Entre os médicos da SES/DF os grupos de maior preferência foram adultos mulheres e crianças. É interessante registrar as diferenças de preferência no atendimento entre os médicos das duas instituições em relação aos dois grupos etários polares: crianças é o grupo com menor preferência entre os médicos da CASSI, mas o segundo mais preferido entre os médicos da SES/DF. Idosos, por seu turno, têm a maior

preferência no atendimento na CASSI e a menor entre os médicos da SES/DF (Tabela 88).

Com relação a hierarquização dos grau de preferência para um grupo de atividades relacionadas ao desempenho dos profissionais médicos na ESF da CASSI e no PFS da SES/DF, os escores gerais foram os seguintes: atendimento no consultório da unidade é a atividade que tem a maior preferência entre os médicos da SES/DF e da CASSI, sendo que nesta última instituição este tipo de atendimento divide a preferência com as atividades na comunidade. As atividade com menor preferência foram o atendimento no domicílio para os médicos da CASSI e ações na comunidade entre os médicos da SES/DF (Tabela 89).

TABELA 86 Distrito Federal: Estimativa do percentual da população atendida no consultório da unidade, por grupo etário, entre os profissionais médicos da Estratégia Saúde da Família (CASSI/DF) e do Programa Família Saudável (SES/DF) - 2005.

Estimativa (%) de atendimento	CASSI	SES	Geral
Criança	2,87	21,77	18,3
Adolescente	6,84	11,83	10,9
Homem adulto	24,29	17,83	19,1°
Mulher adulta	27,14	29,90	29,4
Idosos	34,57	18,00	21,1

ObservaRH/NESP/CEAM/UNB, Pesquisa de Campo, setembro a novembro de 2005

TABELA 87 Distrito Federal: Médicos da Estratégia Saúde da Família (CASSI/DF) e do Programa Família Saudável (SES/DF) que declararam ter preferência no atendimento de determinado grupo populacional – 2005.

Preferência de atendimento	CASSI		SES		GERAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	6	85,71	18	58,06	24	63,15
Não	1	14,29	13	41,94	14	36,85
Total	7	100,00	31	100,00	38	100,00

ObservaRH/NESP/CEAM/UNB, Pesquisa de Campo, setembro a novembro de 2005

TABELA 88 Distrito Federal: Ordenamento das preferências de atendimento em relação a grupos etários entre os profissionais médicos da Estratégia Saúde da Família (CASSI;/DF) e do Programa Família Saudável (SES/DF) - 2005.

Preferência de atendimento	CASSI		SES/DF	
	Score	Ordem	Score	Ordem
Criança	3,0	4º	2,76	2º
Adolescente	2,40	2º	3,25	4º
Homem adulto	2,80	3º	3,24	3º
Mulher adulta	2,80	3º	2,47	1º
Idosos	2,20	1º	3,88	5º

ObservaRH/NESP/CEAM/UNB, Pesquisa de Campo, setembro a novembro de 2005

Obs.:Foram usadas 33 das 38 informações disponíveis. Quanto menor o valor do score, maior a preferência.

TABELA 89 Distrito Federal: Ordenamento das preferências em relação a diferentes atividades por parte dos profissionais médicos da Estratégia Saúde da Família (CASSI/DF) e do Programa Família Saudável (SES/DF) – 2005.

Preferência de atividades	CASSI/DF		SES/DF	
	Score	Ordem	Score	Ordem
Consultório	1,86	1°	1,79	1°
Atendimento em domicílio	2,29	3°	2,37	2°
Atendimento em grupo	2,14	2°	2,37	2°
Ações comunitárias	1,86	1°	3,19	3°

ObservaRH/NESP/CEAM/UNB, Pesquisa de Campo, setembro a novembro de 2005

Obs.:Foram usadas 33 das 38 informações disponíveis. Quanto menor o valor do score, maior a preferência.



REFERÊNCIAS

ALLEN, Justin. Experiências internacionais em saúde da família: Reino Unido. In: SEMINÁRIO DE EXPERIÊNCIAS INTERNACIONAIS EM SAÚDE DA FAMÍLIA, 1, Brasília, 1999. **Relatório**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. p. 34-38. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seminario_experiencias.pdf>. Acesso em: 29 dez 2006.

BANDEIRA de MELLO, H. O Plano Geral da Rede Médico-Hospitalar de Brasília. **Revista do Serviço Especial de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 5-121, 1960.

BRASIL. Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 mai. 2000. Seção 1 p.1.

BRASIL. Decreto ° 100, de 16 de abril de 1991. Institui a Fundação Nacional de Saúde (FNS) e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 17 abr. 1991.

BRASIL. Decreto-Lei nº 66.623, de 22 de maio de 1970. Dispõe sobre a organização administrativa do Ministério da Saúde - MS e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 mai. 1970.

BRASIL. Decreto-Lei nº 904, de 1 de outubro de 1969. Dispõe sobre entidades do Ministério da Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2 out. 1969. Seção 1, p. 8.305.

BRASIL. Decreton° 78.307, de 24 de agosto de 1976. Aprova o programa de interiorização das ações de saúde e saneamento no Nordeste e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 ago. 1976.

BRASIL. Decreton° 80.281, de 5 de setembro de 1977. Regulamenta a residência médica, cria a comissão nacional de residência médica e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 set. 1977. Seção 1, p. 11.787.

BRASIL. Decreton° 84.219, de 14 de novembro de 1979. Dispõe sobre a intensificação e expansão de serviços básicos de saúde e saneamento, aprova o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) para o período 1980-1985 e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 nov. 1979.

BRASIL. Lei nº 3.750, de 11 de abril de 1960. Autoriza o poder executivo a transformar em Fundação o Serviço Especial de Saúde Pública, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Rio de Janeiro, DF, 12 abr. 1960.

BRASIL. Lei nº 5.027, de 14 de junho de 1966. Institui o Código Sanitário do Distrito Federal. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 17 jun. 1966. Seção 1, p. 6.507.

BRASIL. Lei nº 8.029, de 12 de abril de 1990. Dispõe sobre a extinção e dissolução de entidades da administração pública federal e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 abr. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. **Saúde da família no Brasil**: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 200 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd10_15a.pdf>. Acesso em: 5 jan. 2006.

CARVALHO, Áttila Gomes. Programa de Saúde da Família resgata compromisso social do início de Brasília. **Revista de Saúde do Distrito Federal**, Brasília, v. 10, n. 1-4, jan/dez. 1999.

CASSI. Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil. Diretoria de Saúde/Gerência de Saúde. **Documento Diretor para Organização dos Serviços Próprios**. Brasília-DF. 2001.

CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978, Alma-Ata, URSS. **Cuidados primários de saúde**. Brasília: UNICEF: OMS, 1979. 60p. Disponível em: < http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800011_por.pdf> Acesso em: 9 out 2008.

COMITÊ DE INTEGRAÇÃO DE ENTIDADES FECHADAS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. **A história da autogestão em saúde no Brasil**. São Paulo, CIEFAS, 2000.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. Fundação Hospitalar do Distrito Federal. **Programa Saúde em Casa**: Uma estratégia de reformulação do sistema público de saúde do Distrito Federal. Brasília: FHDF, 1998. 17 p.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. **Projeto de Implantação do Programa Família Saudável no Distrito Federal**: Plano de Conversão da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal sob a Estratégia de Saúde da Família (2004-2006). Brasília: SES-DF, 2004. 120 p.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria do Governo. **Diagnóstico do Setor Saúde**. Brasília: Codeplan, 1968. 500 p.

FLEXNER, Abraham. Medical education in the United States and Canada: the Carnegie foundation for the advancement of teaching. New York: Carnegie Foundation, 1910. 363p. Disponível em: <http://www.carnegiefoundation.org/files/eli-brary/flexner_report.pdf>. Acesso em: 28 dez 2008.

FREEDHEIN, Sara Beth. **Por que menos sinos dobram no Ceará**: o sucesso de um programa de agentes de saúde comunitários no Ceará Brasil. 1993. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Estudos e Planejamento Urbanos do Instituto de Tecnologia de Massachusetts – MIT, 1993.

INDICADORES e dados básicos de saúde: 2006. Brasília: Ministério da Saúde/Datasus, 2007. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idx2006/matriz.htm>>. Acesso em: 29 jan 2007.

INFORMAÇÕES de saúde. Datasus. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br> >. Acesso em: 30 dez 2006.

LÈVY, Pierre. **As tecnologias da inteligência**: o futuro do pensamento na era da informática. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1993.

MACHADO, Maria Helena (coord.) *et al.* **Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil**: relatório final: Brasil e grandes regiões. Brasília: Ministério da Saúde., 2000. 146 p.

MACHADO, Maria Helena (coord.). **Os médicos no Brasil**: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997. 244 p.

MENDES, EugenioVilaça. **Uma agenda para saúde**. Hucitec, São Paulo, 1996.196 p.

NOGUEIRA, Roberto Passos. Alternativas de vinculação institucional para os trabalhadores do SUS. In: FALCÃO, André (org) *et. al.*. **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil**: estudos e análises. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2002. p.59-73. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orh_completo.pdf>. Acesso em: 5 jan. 2006.

PEREIRA, Maurício G. *et al.* Cuidados primários de Saúde no Distrito Federal. **Brasília Médica**, Brasília, v. 18 n. 3-4, jul/dez 1981, p. 107-114

PEREIRA NETO, André de Faria. **Ética e institucionalização da profissão médica (1927-57)**: Repertório de fontes documentais para uma história da criação dos conselhos de medicina. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz, 1997. 144p.

PÉRES ARES, Filiberto. Experiências internacionais em saúde da família: Cuba. In: SEMINÁRIO DE EXPERIÊNCIAS INTERNACIONAIS EM SAÚDE DA FAMÍLIA,

1, Brasília, 1999. **Relatório**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. p. 38-41. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seminario_experiencias.pdf>. Acesso em: 29 dez 2006.

PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS 2003: suplemento de saúde: acesso e utilização de serviços de saúde. Rio de Janeiro: IBGE, n. 24, 2003.

RELATÓRIO de pesquisa: agentes institucionais e modalidades de contratação de pessoal do PSF. Belo Horizonte: NESCON/Faculdade de Medicina/Universidade Federal de Minas Gerais, 2002.

REVISTA BRASILEIRA DE SAÚDE DA FAMÍLIA. Ano II, nº 5, maio de 2002. Edição especial.

ROZA, Janete Romeiro e RODRIGUES, Valdemar de Almeida. O programa de saúde da família e a regulação dos vínculos institucionais externos. In: FALCÃO, André (org) et. al.. **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2002. p.59-73. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orh_completo.pdf>. Acesso em: 5 jan. 2006.

SANTANA, José Paranaguá de (Coord.). **Capacitação em Gerência de Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário**. Brasília, OPAS, 1993. 96p. (Série Desenvolvimento de Recursos Humanos , N.º 4).

SANTANA, José Francisco Paranaguá de (org.) et. al. **Organização do cuidado a partir de problemas: metodologia para a equipe PSF**. Brasília: OPAS/Ministério da Saúde/UFMG, 2000. Disponível em: <http://www.opas.org.br/rh/pub_det.cfm?publicacao=15>. Acesso em: 6 jan 2006.

SANTANA, José Francisco Paranaguá de. **Estudo sobre a atenção a saúde infantil no Projeto Planaltina: (Planaltina, DF, 1978)**. 1980. 91p. Dissertação (Mestrado em Medicina Tropical) – Faculdade de Medicina, Universidade de Brasília, Brasília, 1980.

SIMÕES BARBOSA, Frederico Adolfo. **Programa Integrado de Saúde Comunitária: Uma história de caso**. Brasília: CNPq, 1980.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. A mudança no modelo de atenção a saúde no SUS: desatando nós e criando laços. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro v. 27, nº 65, p. 257-277, set/dez. 2003.

ANEXOS

ANEXO A
QUESTIONÁRIO

ANEXO B
ROTEIRO INSTITUCIONAL

ANEXO C
PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA SES/DF





QUESTIONÁRIO



Universidade de Brasília - UnB
Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares - CEAM
Núcleo de Estudos de Saúde Pública - NESP

Caracterização do Processo de Trabalho em Atenção Básica/Saúde da Família nos Setores Público e Privado do Distrito Federal: Aspectos Institucionais, do Emprego e da Atividade do Médico.

Este questionário, de responsabilidade do Núcleo de Estudos de Saúde Pública - NESP/CEAM/UnB, tem como objetivo desenvolver estudo relacionado aos médicos atuantes nos programas de Saúde da Família da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) e da Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil do Distrito Federal (CASSI/DF).

O NESP/CEAM/UnB se compromete com o sigilo das informações individuais fornecidas para esta pesquisa. Somente será divulgado o consolidado das informações, sem qualquer menção ou identificação das respostas e/ou opiniões aqui emitidas. Dessa forma não assinie este questionário nem use qualquer outro recurso que possibilite a identificação do entrevistado.

QUESTIONÁRIO N.º _____	Data da aplicação: ____/____/2005
INSTITUIÇÃO ONDE O QUESTIONÁRIO FOI APLICADO	
Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal	CASSI/DF

QUESTIONÁRIO

Bloco I**1 Idade:**

_____ Anos

2 Sexo:1 Masculino 2 Feminino**3 Estado Civil:**

- 1 Solteiro
2 Casado
3 Viúvo
4 Divorciado
5 Desquitado ou separado judicialmente

4 Graduação Médica

4.1 Instituição: _____

4.2 Ano de conclusão: ____ ____ 4.3 UF: ____

5 Pós-graduação estrito senso - registrar a mais importante, desde que concluída (caso não tenha vá para a questão 6):**5.1 Pós-graduação (Registrar a mais importante):**

- 1 Doutorado
2 Livre Docência
3 Mestrado

5.2 Identificar a especialidade dessa pós-graduação:

- 1 Pediatria
2 Ginecologia e obstetria
3 Cirurgia geral
4 Clínica médica
5 Medicina da família e comunidade
6 Outra (especificar): 5.2.1 _____

5.3 Instituição onde cursou essa pós-graduação: _____

5.4 Ano de conclusão: ____ ____ 5.5 UF: ____

6 Residência Médica (RM) preencha a especialidade concluída. (Caso não tenha, vá para a questão 7):

Especialidade

- 6.1 Pediatría
 6.1.1 Instituição: _____
 6.1.2 Cidade: _____ 6.1.3 UF: __ __ 6.1.4 Ano de conclusão: _____
- 6.2 Ginecología e obstetrícia
 6.2.1 Instituição: _____
 6.2.2 Cidade: _____ 6.2.3 UF: __ __ 6.2.4 Ano de conclusão: _____
- 6.3 Cirurgia geral
 6.3.1 Instituição: _____
 6.3.2 Cidade: _____ 6.3.3 UF: __ __ 6.3.4 Ano de conclusão: _____
- 6.4 Clínica médica
 6.4.1 Instituição: _____
 6.4.2 Cidade: _____ 6.4.3 UF: __ __ 6.4.4 Ano de conclusão: _____
- 6.5 Medicina da família e comunidade
 6.5.1 Instituição: _____
 6.5.2 Cidade: _____ 6.5.3 UF: __ __ 6.5.4 Ano de conclusão: _____
- 6.6 Outra (especificar): 6.6.0 _____
 6.6.1 Instituição: _____
 6.6.2 Cidade: _____ 6.6.3 UF: __ __ 6.6.4 Ano de conclusão: _____

7 Assinale a especialização adquirida antes da RM (caso não tenha, vá para a questão 8):

Especialidade

- 7.1 Pediatría
 7.1.1 Instituição: _____
 7.1.2 Cidade: _____ 7.1.3 UF: __ __ 7.1.4 Ano de conclusão: _____
- 7.2 Ginecología e obstetrícia
 7.2.1 Instituição: _____
 7.2.2 Cidade: _____ 7.2.3 UF: __ __ 7.2.4 Ano de conclusão: _____
- 7.3 Cirurgia geral
 7.3.1 Instituição: _____
 7.3.2 Cidade: _____ 7.3.3 UF: __ __ 7.3.4 Ano de conclusão: _____
- 7.4 Clínica médica
 7.4.1 Instituição: _____
 7.4.2 Cidade: _____ 7.4.3 UF: __ __ 7.4.4 Ano de conclusão: _____
- 7.5 Outra (especificar): 7.6.0 _____
 7.5.1 Instituição: _____
 7.5.2 Cidade: _____ 7.5.3 UF: __ __ 7.5.4 Ano de conclusão: _____

8 Independente de sua titulação formal, você se considera especialista em:

- 1 Pediatria
- 2 Ginecologia e obstetria
- 3 Cirurgia geral
- 4 Clínica médica
- 5 Medicina da família e comunidade
- 6 Outra (especificar): a.1 _____
-

9 Vínculos associativos:

- 9.1 Sociedade de especialidade 1 Sim 2 Não
- 9.2 Sindicato 1 Sim 2 Não
- 9.3 Partido Político 1 Sim 2 Não
- 9.4 Outro na área de saúde 1 Sim 2 Não
- 9.4.1 Caso sim, especificar: _____
-

10 Tempo de residência no Distrito Federal:

- 1 1 ano ou menos
- 2 Mais de 1 ano a 3 anos
- 3 Mais de 3 anos a 5 anos
- 4 Mais de 5 anos a 10 anos
- 5 Mais de 10 anos a 15 anos
- 6 Mais de 15 anos
-

11 Local de residência no Distrito Federal:

- | | | |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> Brasília | 2 <input type="checkbox"/> Guará | 3 <input type="checkbox"/> Recanto das Emas |
| 4 <input type="checkbox"/> Brazlândia | 5 <input type="checkbox"/> Lago Norte | 6 <input type="checkbox"/> Riacho Fundo |
| 7 <input type="checkbox"/> Lago Sul | 8 <input type="checkbox"/> S. Sebastião | 9 <input type="checkbox"/> Samambaia |
| 10 <input type="checkbox"/> Ceilândia | 11 <input type="checkbox"/> N. Bandeirante | 12 <input type="checkbox"/> Santa Maria |
| 13 <input type="checkbox"/> Cruzeiro | 14 <input type="checkbox"/> Paranoá | 15 <input type="checkbox"/> Taguatinga |
| 16 <input type="checkbox"/> Gama | 17 <input type="checkbox"/> Planaltina | 18 <input type="checkbox"/> Sobradinho |
| 19 <input type="checkbox"/> Candangolândia | | |
| 20 <input type="checkbox"/> Outro no DF | 11.1 Qual? _____ | |
| 21 <input type="checkbox"/> Fora do DF | 11.2 Estado: ___ | 11.3 Cidade: _____ |
-

12 Local de atuação no Programa:

1 <input type="checkbox"/> Brasília	2 <input type="checkbox"/> Guará	3 <input type="checkbox"/> Recanto das Emas
4 <input type="checkbox"/> Brazlândia	5 <input type="checkbox"/> Lago Norte	6 <input type="checkbox"/> Riacho Fundo
7 <input type="checkbox"/> Lago Sul	8 <input type="checkbox"/> S. Sebastião	9 <input type="checkbox"/> Samambaia
10 <input type="checkbox"/> Ceilândia	11 <input type="checkbox"/> N. Bandeirante	12 <input type="checkbox"/> Santa Maria
13 <input type="checkbox"/> Cruzeiro	14 <input type="checkbox"/> Paranoá	15 <input type="checkbox"/> Taguatinga
16 <input type="checkbox"/> Gama	17 <input type="checkbox"/> Planaltina	18 <input type="checkbox"/> Sobradinho
19 <input type="checkbox"/> Candangolândia		
20 <input type="checkbox"/> Outro no DF	12.1 Qual? _____	
21 <input type="checkbox"/> Fora do DF	12.2 Estado: ___ ___	12.3 Cidade: _____

13 A população de sua área de trabalho é:

1 Predominantemente Urbana

2 Predominantemente Rural

3 Mista (Urbana/Rural)

14 Registre a distribuição de sua carga horária semanal no Programa naquelas atividades que exerce habitualmente:

Tipos de Atividades	Nº de horas/semana
14.1 Consultório	
14.2 Atendimento de grupo na unidade de saúde	
14.3 Atendimento domiciliar	
14.4 Atividades na comunidade	
14.5 Atividades com a equipe	
14.6 Capacitação (docente ou discente)	
14.7 Estudos/pesquisas	
14.8 Atividades administrativas	

15 Capacitação em Saúde da Família antes de ingressar no Programa:

1 Sim 2 Não (neste caso, vá para a questão 16)

Caso afirmativo, preencha abaixo:

15.1 Instituição responsável: _____

15.2 Ano de realização: ___ ___ ___ 15.3 UF: ___ ___

15.4 Assinale a carga horária:

- 1 Igual ou menos de 40 hs
 2 De 41 hs e até 179 hs
 3 De 180 hs e até 359 hs
 4 Igual ou acima de 360 hs

16 Capacitação em Saúde da Família após ingressar no Programa:

- 1 Sim 2 Não (neste caso, vá para a questão 17)

Caso afirmativo, preencha abaixo:

16.1 Instituição responsável: _____

16.2 Ano de realização: ____-____-____ 16.3 UF: ____

16.4 Assinale a carga horária:

- 1 Igual ou menos de 40 hs
 2 De 41 hs e até 179 hs
 3 De 180 hs e até 359 hs
 4 Igual ou acima de 360 hs

17 Registre a experiência profissional médica anterior ao Programa, desde que superior a um ano (se não tiver, vá para a questão 18):

17.1 No Setor Público

17.1.1 Atividade ambulatorial durante ____ anos 17.1.2 Atividade hospitalar durante ____ anos

17.1.3 Outro (s) tipo (s) de atividade durante ____ anos

17.2 No Setor Privado

17.2.1 Atividade ambulatorial ou consultório particular durante ____ anos

17.2.2 Atividade hospitalar durante ____ anos

17.2.5 Outro (s) tipo (s) de atividade durante ____ anos

18 Já atuou em outros Programas de Saúde da Família:

- 1 Sim 2 Não (neste caso, vá para a questão 22)

Caso afirmativo, mencione abaixo até três experiências, cuja duração tenha sido superior a um ano:

Cidade	UF	Número de anos
18.1.1	18.1.2	18.1.3
18.2.1	18.2.2	18.2.3
18.3.1	18.3.2	18.3.3

19 Exerce atualmente outra atividade médica além do Programa?

- 1 Sim 2 Não (neste caso, vá para a questão 22)

20 Local:

- | | | |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> Brasília | 2 <input type="checkbox"/> Guará | 3 <input type="checkbox"/> Recanto das Emas |
| 4 <input type="checkbox"/> Brazlândia | 5 <input type="checkbox"/> Lago Norte | 6 <input type="checkbox"/> Riacho Fundo |
| 7 <input type="checkbox"/> Lago Sul | 8 <input type="checkbox"/> S. Sebastião | 9 <input type="checkbox"/> Samambaia |
| 10 <input type="checkbox"/> Ceilândia | 11 <input type="checkbox"/> N. Bandeirante | 12 <input type="checkbox"/> Santa Maria |
| 13 <input type="checkbox"/> Cruzeiro | 14 <input type="checkbox"/> Paranoá | 15 <input type="checkbox"/> Taguatinga |
| 16 <input type="checkbox"/> Gama | 17 <input type="checkbox"/> Planaltina | 18 <input type="checkbox"/> Sobradinho |
| 19 <input type="checkbox"/> Candangolândia | | |
| 20 <input type="checkbox"/> Outro no DF | | |

20.1 Qual? _____

21 Fora do DF

20.2 Estado: ____ 20.3 Cidade: _____

21 Registre sua carga horária semanal aproximada dessa atividade médica (referida no item 19):

21.1 Setor Público

21.1.1 Atividade ambulatorial/ nº de horas: ____ 21.1.2 Atividade hospitalar/ nº de horas: ____

21.1.3 Outro (s) tipo (s) de atividade/ nº de horas: ____

21.2 Setor Privado

21.2.1 Atividade ambulatorial ou consultório particular/ nº de horas: ____

21.2.2 Atividade hospitalar/ nº de horas: ____

21.2.5 Outro (s) tipo (s) de atividade/ nº de horas: ____

22 Registre a distribuição percentual aproximada de seus rendimentos:

Fontes de rendimento	%
22.1 Remuneração do Programa	
22.2 Outros rendimentos	
22.3 Aposentadoria	
Total	100

Bloco II
23 Na realização de suas atividades no Programa, você busca a colaboração de outro (s) integrante (s) da equipe:

- 1 Habitualmente
 2 Ocasionalmente
 3 Não
-

24 Os outros integrantes da equipe buscam sua colaboração na realização das respectivas atividades no Programa?

- 1 Habitualmente
 2 Ocasionalmente
 3 Não

25 Assinale, para cada atividade abaixo, com que frequência atua em colaboração com outro (s) integrante (s) da equipe:

Tipos de Atividades	1 - Habitualmente	2 - Ocasionalmente	3 - Não
25.1 Consulta na Unidade			
25.2 Atendimento no domicílio			
25.3 Atendimento em grupo na Unidade			
25.4 Atividades na Comunidade			
25.5 Atividades administrativas			

26 Assinale se participa do atendimento em grupo das seguintes clientela:

Clientela	1 - Sim	2 - Não
26.1 Gestantes		
26.2 Diabéticos		
26.3 Hipertensos		
26.4 Obesos		
26.5 Idosos		
26.6 Alcoólatras		
26.7 Portador de transtorno mental		
26.8 Outra (especificar)		
26.9 _____		

27 Assinale com que periodicidade a equipe se reúne:

- 1 Semanal
 2 Quinzenal
 3 Mensal
 4 Não tem periodicidade definida
 5 Não se reúne

28 Assinale a duração média dessas reuniões:

- 1 Até 1 hora
 2 Mais 1 hora e até 2 horas
 3 Mais de 2 horas e até 3 horas
 4 Mais de 3 horas

29 Indique quem coordena habitualmente essas reuniões:

- 1 Médico
- 2 Enfermeiro
- 3 Odontólogo
- 4 Outro (especificar): 29.1) _____
- 5 Um dos integrantes, rotativamente

30 Na sua opinião, em que medida essas reuniões contribuem para maior eficiência do trabalho da equipe?

- 1 Muito
- 2 Um pouco
- 3 Não contribui
- 4 Não tem opinião formada

31 Você participa dessas reuniões?

- 1 Habitualmente
- 2 Ocasionalmente
- 3 Não

32 Assinale como é elaborada a programação das atividades da equipe:

- 1 Cada um elabora sua parte, que é consolidada pelo coordenador da equipe
- 2 Em conjunto pela equipe
- 3 Pelo coordenador da equipe
- 4 Pela coordenação do Programa
- 5 Outro (especificar): 32.1) _____

33 Você recebe algum tipo de supervisão médica na realização de suas atividades?

- 1 Sim
- 2 Não (neste caso vá para a questão 36)

34 Em caso afirmativo, indique qual é a periodicidade dessa supervisão:

- 1 Semanal
- 2 Quinzenal
- 3 Mensal
- 4 Não tem periodicidade definida

35 Assinale de que forma essa supervisão é realizada:

- 1 Individualmente
- 2 Com a presença de outros médicos
- 3 Com presença da equipe multiprofissional

36 O Programa realiza reuniões de supervisão do nível central com a equipe?

- 1 Sim
- 2 Não (neste caso, vá para a questão 38)

37 Em caso afirmativo, qual é a periodicidade dessa supervisão:

- 1 Semanal
 2 Quinzenal
 3 Mensal
 4 Não tem periodicidade definida

38 Você exerce atualmente, ainda que de maneira informal, a coordenação da equipe de saúde no Programa?

- 1 Sim 2 Não

39 Você já exerceu essa coordenação?

- 1 Sim 2 Não

40 Assinale qual o grau de importância que você atribui aos seguintes fatores para melhorar os resultados do Programa:

Fator	1 - Elevado	2 - Médio	3 - Baixo
40.1 Aperfeiçoar a capacitação dos integrantes da equipe, especialmente dos médicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40.2 Aperfeiçoar a capacitação dos integrantes da equipe, indistintamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40.3 Organizar melhor o trabalho em equipe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40.4 Melhorar o sistema de referência e contra-referência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40.5 Outro (especificar): 40.5.1 _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bloco III

41 Você costuma buscar a opinião de especialistas quando atende os clientes no Programa?

- 1 Sim 2 Não

42 Assinale os meios que o Programa lhe oferece para ouvir a opinião de especialistas (marcar mais de uma opção, se for o caso):

- 42.1 Pedido de parecer
 42.2 Telefone
 42.3 Internet
 42.4 Outro (especificar): 42.5 _____

43 Assinale dentre os meios que o Programa oferece, aquele que você mais utiliza:

- 1 Pedido de parecer
 2 Telefone
 3 Internet
 4 Outro (especificar): 43.1 _____

44 Assinale com que frequência encaminha pacientes para cada uma das especialidades abaixo:

Especialidade	1 - Habitualmente	2 - Ocasionalmente	3 - Não
44.1 Pediatria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44.2 Ginecologia e obstetrícia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44.3 Cirurgia geral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44.4 Clínica Médica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44.5 Outra (especificar): 44.5.1 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

45 Em sua estimativa qual o percentual aproximado de casos que você refere para atendimento especializado?

- 1 Até 10 %
- 2 Acima de 10% e até 20 %
- 3 Acima de 20% e até 30 %
- 4 Acima de 30% e até 40 %
- 5 Acima de 40 %
- 6 Não tenho estimativa

46 Na sua opinião, de um modo geral, os mecanismos de referência funcionam:

- 1 Adequadamente
- 2 Precariamente
- 3 Não funcionam
- 4 Sem opinião definida

47 Após o encaminhamento de pacientes a especialista você recebe algum retorno do atendimento (contra-referência)?

- 1 Frequentemente
- 2 Raramente
- 3 Não

48 Na sua opinião, de um modo geral, os mecanismos de contra-referência funcionam:

- 1 Adequadamente
- 2 Precariamente
- 3 Não funcionam
- 4 Sem opinião definida

Bloco IV

49 Você dispõe de um diagnóstico dos problemas de saúde e dos fatores de risco mais importantes na sua área de atuação?

1 Sim 2 Não (neste caso, vá para a questão 51)

50 Em caso afirmativo, você participou ou participa da elaboração desse trabalho?

1 Sim 2 Não

51 Qual a proporção aproximada, segundo os grupos abaixo listados, da clientela que você atende no consultório da unidade de saúde do Programa?

Grupo etário	%
22.1 Crianças	
22.2 Adolescentes	
22.3 Homens adultos	
22.4 Mulheres adultos	
22.5 Idosos	
Total	100

52 Você tem preferência de atendimento por um dos grupos da população acima listados?

1 Sim 2 Não (neste caso, vá para a questão 54)

53 Em caso afirmativo, assinale o grau de sua preferência com relação aos grupos etários abaixo indicados. Ordene usando a escala de 1 (maior preferência) a 4 (menor preferência):

- 52.1 Crianças
 52.2 Adolescentes
 52.3 Homens adultos
 52.4 Mulheres adultas
 52.5 Idosos

54 Assinale o grau de sua preferência para atuar no Programa, com relação às atividades abaixo indicadas. Ordene usando a escala de 1 (maior preferência) a 4 (menor preferência):

- 53.1 Consultório
 53.2 Atendimento em domicílio
 53.3 Atendimento em grupo na unidade
 53.4 Ações na comunidade

Agradecemos a sua colaboração.

ROTEIRO INSTITUCIONAL

Universidade de Brasília - UnB
Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares - CEAM
Núcleo de Estudos de Saúde Pública - NESP

Caracterização do Processo de Trabalho em Atenção Básica/ Saúde da Família nos Setores Público e Privado do Distrito Federal: Aspectos Institucionais, do Emprego e da Atividade do Médico

Roteiro institucional

“O NESP/CEAM/UnB apresenta a seguir um roteiro abrangente e orientador, aplicável, no que couber, a cada uma das instituições participantes da pesquisa. O fornecimento de informações, mediante consentimento livre e esclarecido do responsável na instituição, se restringirá àquelas que independam de levantamentos exaustivos e não sejam consideradas sigilosas. Agradecemos a atenção, as informações fornecidas e também cópia do material que puder ser disponibilizado para a pesquisa.”

INSTITUIÇÃO:

Data ____/____/2005

BLOCO I

1. Origem e histórico do Programa/antecedentes
2. Atos normativos oficiais
3. Documentos técnicos ou publicações
4. Posição na organização institucional
5. Informações sobre cobertura, orçamento e financiamento

BLOCO II

1. Natureza do empregador
2. Modalidade de contrato
3. Remuneração e incentivos
4. Regime de trabalho
5. Normas de recrutamento
6. Atribuições do médico

BLOCO III

1. Treinamento inicial e capacitação permanente
2. Supervisão
3. Dimensões do programa

BLOCO IV

1. Normas para referência e contra-referência
2. Vinculação das famílias às equipes
3. Normas Técnicas e Protocolos

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA SES/DF



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER Nº 093/2005

Processo Nº: 082/05

Projeto de Pesquisa: Caracterização do processo de trabalho em atenção básica /saúde da família nos setores públicos e privados do Distrito Federal: Aspectos Institucionais do emprego e da atividade do médico

Data de Entrada: 08/6/2005

Pesquisador Responsável: José Paranaçuá de Santana

Instituição Pesquisada: NESP- Núcleo de estudo de Saúde Pública/SES –PSF- CASSI

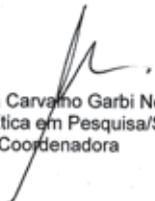
Área Temática Especial: Grupo III(não Pertencente a área temática especial), Ciências da Saúde.

Validade do Parecer: 4/8/2007.

Tendo como base a Resolução 196/96 CNS/MS, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras em pesquisa envolvendo seres humanos, assim como as suas resoluções complementares, o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, após apreciação ética, manifestou-se pela **APROVAÇÃO** do projeto de pesquisa proposto.

Esclarecemos que o pesquisador deverá observar as responsabilidades que lhe são atribuídas na Resolução 196/96 CNS/MS, incisos IX.1 e IX.2, em relação ao desenvolvimento do projeto. **Ressaltamos a necessidade de encaminhar a este Comitê relatórios parciais e final, além de notificação de eventos adversos quando pertinentes.**

Brasília, 4 de agosto de 2005.


Maria Rita Carvalho Garbi Novaes
Comitê de Ética em Pesquisa/SES-DF
Coordenadora

Brasília – Patrimônio Cultural da Humanidade

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - SES
Comitê de Ética em Pesquisa
Fone: 325-4955 - Fone/Fax: 325-0119 - e-mail: nespesc@saude.df.gov.br
SMN - Q. 501 - Bloco "A" - Brasília - DF - CEP: 70.710-904

