

MODELOS DE CULTURA MÉDICA

Márcia Elias Lopes*

RESUMO

Cultura Médica é qualquer ação de prevenção, ação, tratamento ou de planejamento de saúde e que necessita levar em conta valores, atitudes e crenças de uma população. São vários os modelos assistenciais implantados no Brasil, Liberal Privatista, Medicina Comunitária, Programa de Saúde da Família (PSF). Dentre estes destacamos o PSF – Programa de Saúde da Família, um Modelo Assistencial Técnico centrado ao usuário, propondo-se um processo de trabalho multiprofissional e determinado por tecnologias leves/leveduras, com a produção do cuidado, ações de acolhimento, vínculo, autonomização, resolução e reorientação em defesa da vida.

Palavras-Chave: Cultura Médica. Modelo Assistencial. Programa de Saúde da Família.

INTRODUÇÃO

O Programa de Saúde da Família foi concebido pelo ministério da Saúde em 1994, com o objetivo de proceder à reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e no hospital. Sua atenção esta centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes da família uma compreensão ampliada do processo saúde / doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas.

* Aluna do 2º período do curso de nutrição da Faculdade Atenas – Paracatu – MG. meliaslopes@bol.com.br

1 PSF: TERRITORIALIZAÇÃO, CLIENTELA E NÚCLEO ESTRUTURAL

O Programa de Saúde da Família tem sua matriz teórica circunscrita prioritariamente ao campo da Vigilância à Saúde. Seu trabalho está quase que restritivamente centrado no território, de acordo com as concepções desenvolvidas pela Organização Pan-Americana de Saúde. Isto significa que a normatização do programa de saúde inspira-se nos cuidados a serem oferecidos para ações no ambiente. Não dá muito valor ao conjunto da prática clínica, nem toma como desafio a necessidade de sua ampliação na abordagem individual nela inscrita, no que se refere as suas atenções singulares, necessárias para os casos em que os processos mórbidos já se instalaram, diminuindo "as autonomias nos modos de se andar a vida" (CAMPOS, 1992, e MERHY, 1998, p. 153).

Gastão W. S. Campos propôs,

A estruturação de equipes multiprofissionais as quais se adscvem um dado número de usuários no sentido de quebrar a costumeira divisão do processo de trabalho em saúde, segundo recordes verticais compondo segmentos estanques por categorias profissionais. (CAMPOS: 1992, 153)

É como se o Programa de Saúde da Família estivesse delimitando os terrenos de competência entre ele e a corporação médica: "da saúde coletiva, cuidamos nós o PSF; da saúde individual cuidam vocês, a corporação médica". De acordo com Gastão W. S. Campos, esta reorganização justifica-se em dois sentidos:

Responsabilizar cada uma dessas equipes por um conjunto de problemas muito bem delimitados e pelo planejamento e execução de ações capazes de resolvê-los, o que ocorreria por meio da vinculação de cada equipe a um certo número de pacientes previamente inscritos, do atendimento de uma certa parcela da demanda que espontaneamente procura a unidade, bem como pela responsabilidade em relação aos problemas coletivos. (CAMPOS: 1992, 153)

O Programa de Saúde da Família adota a diretriz de vínculo de clientela, de 600 a 1.000 famílias, em um determinado território, de uma equipe composta por um médico, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde. Esta equipe passa a ser a "Porta de Entrada" do serviço de saúde. É dada ao PSF a missão de mudar o

modelo assistencial para a saúde, contudo, ao que parece, não há uma real desburocratização do acesso aos serviços, visto que o atendimento às urgências, que é muito importante do ponto de vista do usuário, não se torna ponto forte de sua agenda de trabalho.

Os serviços que não conseguem criar esta agenda de trabalho, tem se mostrado como de baixa credibilidade para os usuários. Assim, o Programa de Saúde da Família parece cometer um erro de saída no esquema para o atendimento da demanda espontânea. (CHAKKOUR e all: 1992, 113)

2 ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DO PSF

Sua idéia esta mais voltada para ações de natureza “higienistas”, do que as de cunho "sanitaristas", não dando muito valor e importância suficiente a uma rede básica assistencial, integrada ao sistema de saúde. Embora o trabalho esteja direcionado para práticas multiprofissionais, nada garante nas estratégias do PSF que haverá ruptura com a dinâmica médica centrada. Não há dispositivos potentes para isso, porque o Programa aposta em uma mudança centrada na estrutura, ou seja, o desenho sob o qual opera o serviço. Merhy descreve,

Que a produção do cuidado em saúde requer tanto o acesso às tecnologias necessárias (duras, leveduras e leves), comandadas pelas tecnologias leves, como por outro lado, pressupõe o uso dos diversos conhecimentos que cada profissional de saúde detêm, articulando de forma exata seus núcleos de competência específicos, com a dimensão de cuidador que qualquer profissional de saúde detém. (MERHY: 1998, 113)

Os diversos saberes se articulam, em um emaranhado de saberes que em "relações intercessoras com os usuários" produzem o cuidado. Quanto à gestão do PSF, o primeiro problema apresentado diz respeito ao alto grau de normatividade na sua implementação. O formato da equipe, as funções de cada profissional, a estrutura, o cadastro das famílias, o levantamento dos problemas de saúde existentes no território e os diversos modos de fazer o programa, são regulamentados centralmente pelo Ministério da Saúde. Os que não se enquadrarem nas orientações ministeriais, ficam fora do sistema de financiamento das equipes de PSF. Merhy propõe a elaboração pelas equipes de referência dos usuários de,

Projetos terapêuticos individuais a ser operados pôr um profissional implicado no cuidado àquele usuário. Este profissional assume as funções de um administrador das relações com os vários núcleos de saberes profissionais que atuam nesta intervenção, ocupando um papel de mediador na gestão dos processos multiprofissionais e disciplinares que permitem agir em Saúde, o que nos obriga a pensá-lo como um agente institucional que tenha de ter poder burocrático-administrativo na organização. (MERHY: 1998, 117)

3 O PSF, PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE E O MITO DA ESFINGE

O PSF traz na sua concepção a tradição da vigilância à saúde e a mudança do modelo assistencial dá-se a partir da reorganização do processo de trabalho. O que acontece com o PSF é parecido com o enigma da Esfinge, este foi enviada por uma divindade para vingar um crime de um rei, que nos arredores de Tebas, devorava os que não conseguiam decifrar seus enigmas. O PSF sabe onde está o problema, más não o decifra e é engolido pela feroz dinâmica do trabalho medicocentrado, e por não saber a limitação de seus operadores, acaba operando na produção de procedimentos e não na produção do cuidado e da cura. Para Merhy,

Esta função criativa e criadora que pode caracterizar os serviços de saúde, a partir das relações singulares, é operada por tecnologias leves, território onde se inscreve o trabalho vivo em ato, que é essencialmente um trabalho intercessor na produção de relações. (MERHY: 1997, 117)

O "trabalho vivo em ato" é aquele que ocorre no momento mesmo em que ele se realiza no imediato, fazer a produção do serviço. As tecnologias de trabalho têm sua relevância no modelo de assistência, porque perfilam o modo pelo qual se produz serviços de saúde, definindo a capacidade de absorção da demanda, a capacidade de resolver problemas de saúde, os custos dos serviços, e o que é fundamental, a própria relação entre os sujeitos deste processo. De acordo com Campos,

A especialidade médica se circunscreve ao núcleo de competência, que incluiria as atribuições exclusivas daquela especialidade, o médico detém ainda certa tecnologia de trabalho, que lhe dá maior amplitude de ação, o campo de competência, que incluiria os principais saberes da especialidade-raiz e que, portanto, teria um espaço de sobreposição de exercício profissional com outras especialidades,... seria um campo de interseção com outras áreas. (CAMPOS; CHAKKOUR; CARVALHO: 1997, 143)

Nessa questão, é preciso considerar que o trabalho médico procedimento centrado, é ao mesmo tempo determinado pelo uso de tecnologias duras, o que torna este trabalho não apenas custoso, mas pouco resolutivo. Resolver problemas de saúde resumiu-se em realizá-los, como um fim em si mesmo. A alternativa pensada estrutura o trabalho assistencial a partir de equipes multiprofissionais. Paim descreve estas equipes como,

Combinções tecnológicas estruturadas para o enfrentamento de problemas de saúde individual e coletiva em determinados espaços populações, incluindo ações sobre o ambiente, grupos populacionais, equipamentos comunitários e usuários em serviço de saúde. (PAIM: 1997, 143)

Para Paim, não se tratam de normas ou exemplos a serem seguidas, mas sim de racionalidades diversas que informam a práxis. Importantes obstáculos se interpõem à frente do Programa de Saúde da Família, indicando porque é necessário mais do que estruturas devem-se modificar as referências epistemológicas, sendo necessário destruir o núcleo duro de comportamentos estereotipados, estruturados, dando origem aos resultados desejados no programa, para prevenção da saúde da família sendo este sua prioridade maior para aqueles que necessitam em defesa da vida. Segundo Souza, a Organização Mundial de Saúde vem dominando e focalizando a atenção básica na saúde, como atenção primária em saúde, “... para atender somente regiões pobres e famílias / comunidades excluídas...”(Souza, 2001, p.37). O autor enfatiza que o PSF é muito mais que um programa, devendo ser concebido como estratégia para alterar a lógica anterior de prestação de assistência à saúde, incentivando a constituição de um novo modelo de atenção à saúde. Para Barreto,

No campo da saúde (...) paira sobre as nossas cabeças uma profunda dúvida sobre a real importância destas tecnologias como modificadoras das condições de saúde das populações. (BARRETO: 1998, 139)

A adesão ou a rejeição ao Programa de Saúde da Família deve considerar que da forma como o PSF esta estruturado pelo Ministério da Saúde (MS), não lhe dá a possibilidade de se tornar de fato um dispositivo para a mudança, como é o objetivo do PSF, de acordo com

o MS. Toda a discussão realizada indica que o Programa precisa se reciclar para incorporar potência transformadora, ou melhor, assumindo uma configuração diferente.

4 A AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Esta avaliação constitui hoje tarefa primordial para todos os envolvidos no debate sobre as perspectivas da consolidação deste programa e dos avanços possíveis deste no país. É fundamental constituir processos contínuos, dinâmicos e democráticos de avaliação, integrados às atividades rotineiras desenvolvidas pelas equipes no âmbito dos serviços de saúde. Para Lewis,

Para que a base de dados seja um sucesso, requer uma análise rigorosa das necessidades dos usuários, o desenvolvimento de um modelo e descrições formais sobre como os dados são armazenados. (LEWIS & COLS: 1990, 149)

A avaliação como prática social e campo de conhecimento e produção de saberes tem papel essencial no debate atual sobre as características da instalação do PSF no Brasil, bem como de sua capacidade de ser uma estratégia de reorientação do sistema de saúde a partir da reorganização da atenção básica, pautada na melhoria da qualidade de vida e da promoção da saúde da população. De acordo com Mendes,

Entende-a como o modo de organizar e fazer funcionar a porta de entrada do sistema de serviços de saúde, enfatizando-a de forma a minimizar os custos econômicos e a satisfazer as demandas da população, restritas, porém, às ações de atenção de primeiro nível. (MENDES: 1999, 38)

Por isso, a atenção básica à saúde, estratégia Saúde da Família, exige um outro profissional, com perfil diferente, que além da formação generalista, deve pautar sua prática em um novo referencial.

Uma estratégia para reverter a forma atual de prestação da assistência à saúde, na edificação de um novo modelo, cuja responsabilidade social é resolver de forma oportuna, resolutiva, contínua e humanizada os problemas de saúde, em um sistema universal, integral e democrático de saúde. (SOUZA: 2001, 38)

O processo de discussão em torno dessas e outras questões tem sido longo e ainda não foi concluído, e este salto aplicado ao PSF nos indica que é chegada à hora de trocar os sinais, do vermelho para o verde, como um pisca - alerta, anunciando o novo quando o velho ainda está desabando aos nossos pés, e, prontamente, estar preparados para sair do sonho para a realidade, assegurando as possibilidades do mais ser do PSF: Saúde para todas as famílias em todos os recantos deste heterogêneo, imenso e rico Brasil. Por tudo isso, é importante ressaltar que o PSF, na condição que lhe é dada, de substituir o modelo vigente de atenção à saúde e contribuir para superação de iniquidades não pode ser tratado de forma isolada, deslocando do enfoque social, humano, viculatório e de co-responsabilidade, os quais se reivindica.

5 O PSF COMO ESTRATÉGIA ESTRUTURANTE DE UM NOVO MODELO DE SAÚDE

Segundo Carlos Armando Nascimento, existem várias experiências que, mesmo sem receber financiamento adequado, têm impacto positivo na saúde da população, com melhora clara dos indicadores de saúde. Sólton Viana ponderou que para isso acontecer seria necessário que o programa tivesse alta resolubilidade e integrasse a rede de serviços de média e alta complexidade, apesar disso Viana declara acreditar na efetividade do PSF “ *na medida em que propicia o diagnóstico e tratamento precoce de algumas doenças mais frequentes, ações educativas e de Follow up*”. Para Alcindo Ferla,

Acredito que o planejamento descentralizado de estratégias locais de atenção à saúde das populações organizada a partir de idéias como adscrição de clientela, responsabilização das equipes pela resolutividade de atenção, atenção domiciliar, vigilância á saúde, estímulo às ações de promoção e de proteção à saúde produzem uma lógica de organização da atenção à saúde compatível com a idéia do sistema de saúde previsto constitucionalmente.(FERLA: 1999, 93)

Este também é enfático ao não concordar com uma possível diferenciação de valor com base no porte populacional, segundo ele, os recursos federais deveria ter por base per capita diferenciados por tipo de ação de atenção básica, que seriam distribuídos em função dos planos subnacionais de saúde.

No tocante a incorporação de novos critérios, Sólton Viana considera que para o subsídio ser equitativo,

deveria considerar a capacidade potencial do município em custear o programa e a dificuldade de fixação de pessoal, quanto mais distante e inóspita a localidade, maior deveria ser a remuneração oferecida aos recursos humanos recrutados em outras áreas. Más isso deveria ser resolvido em cada local com a ajuda do estado, pois é difícil, dada a diversidade de situações, estabelecer em Brasília tabelas compatíveis com cada mercado local. (VIANA: 1998, 38)

CONCLUSÃO

Pode-se dizer, portanto, que no PSF existe uma confusão entre o que é ferramenta, diagnóstico e intervenção, e o que é resultado em saúde. Os resultados desejados são anunciados e inferem-se seguindo a prescrição altamente detalhada e observada em acompanhamento em consultas e exames equivalentes às soluções para os problemas de saúde. Diante disto ao PSF cabem três tipos de ações dos profissionais da equipe: ignorar as prescrições e manter a lógica atual aceitá-las recapitulando os objetivos, e finalmente ignorar parcialmente as prescrições e dedicar-se criativamente a intervir na vida da comunidade em direção a melhoria de suas condições de vida. Esta possibilidade é mais remota, porque significa trabalhar com a consciência de que nenhuma ferramenta (apesar das promessas do PSF) pode dar conta de tudo, embora todas sejam necessárias. Para remodelar a assistência à saúde, o PSF deve modificar os processos de trabalho, fazendo-os operar de forma "tecnologias leves dependentes", mesmo que para a produção do cuidado seja necessário o uso das outras tecnologias. Portanto, pode-se concluir que a implantação do PSF por si só não significa que o modelo assistencial esteja sendo modificado. Pode haver PSF's médico centrados assim como outros usuários centrados, isso vai depender de conseguir reciclar a

forma de produzir o cuidado em saúde, as quais foram discutidas neste trabalho e dizem respeito aos diversos modos de agir dos profissionais em relação entre si e com os usuários. Em detrimento do modelo hegemônico, requer o desencadeamento de um processo de mudança nas instituições, e em particular nos indivíduos, para que estes assumam o papel de indutores e propulsores na defesa das principais características do PSF.

MODELS OF MEDICAL CULTURE

ABSTRACT

Medical Culture is any action of prevention, action, treatment or of planning of health and that it needs to take in account values, attitudes and beliefs of a population. The implanted assistenciais models in Brazil, Liberal Privatista, Communitarian Medicine, Program of Health of Família are several (PSF). Amongst these we detach the PSF - Program of Health of the Family, Modelo Assistencial Technician centered to the user, considering itself a process of work multiprofessional and determined by light technologies/leavenings, with the production of the care, action of shelter, bond, autonomização, resolution and reorientation in defense of the life.

Keywords: *Medical culture. Modelo Assistencial. Program of Health of the Family.*

REFERÊNCIAS

"Programas e Projetos - Saúde da Família"; Ministério da Saúde, 1998; p 1. (documento disponível na Internet, no site do MS). Acesso em 17/11/2007 às 14:30hs.

CAMPOS, G.W.S. . **A Saúde Pública e a Defesa da Vida**; HUCITEC, S. Paulo, 1994.

Programa de Saúde da Família - PSF; Ministério da Saúde – 1998.

ELIAS, Marcia. **Modelos de Cultura Médica: PSF**. Disponível em www.datasus.gov.br/cns. acesso em 17/11/2007 às 14:35hs.