



Departamento de Sociologia

**Do Centro de Saúde à USF:
percursos, discursos e práticas**

Maria de Lurdes Teixeira

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de
Doutor em Sociologia

Orientadora: Professora Doutora Graça Carapinheiro
Professora Catedrática
ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa

Janeiro, 2011

Este trabalho foi realizado com o apoio da



Agradecimentos

- À Professora Doutora Graça Carapinheiro, pela orientação científica e pela amizade. Quando equacionei realizar doutoramento, não escolhi o curso, escolhi a orientadora, por quem nutria grande admiração. Decorridos cinco anos, reforcei a admiração e ganhei a amizade. Obrigada, Professora.
- Ao director do centro de saúde e aos coordenadores das duas USF onde foi desenvolvido o estudo, por me terem permitido realizar o trabalho empírico.
- Aos médicos, enfermeiros e administrativos, que tantas vezes incomodei com a minha presença e as insistentes perguntas.
- Aos doentes a quem observei as consultas e os tratamentos, pela invasão da sua intimidade, sem nunca me questionarem quem eu era nem o que fazia.
- À Zaninha e à Assunção, pelo apoio e pela amizade.
- Ao Jorge, pela preciosa ajuda no tratamento informático.
- À Luisa, pela ajuda nas inúmeras pesquisas em bases de dados.
- Aos meus pais, por tudo.
- À Céu, também por tudo. Um tudo que não cabe aqui nem em lado algum. Farás tu ideia de quanto é este tudo?

Resumo

Desde a década de setenta que as políticas de saúde atribuem uma função primordial aos cuidados primários e uma posição central ao centro de saúde na estrutura global dos cuidados. Todavia, o sistema de saúde tem sido descrito como profundamente hospitalocêntrico. Esta posição de supremacia do hospital tem vindo a remeter os cuidados de saúde primários para lugares ditos marginais, em clara contradição com as orientações políticas nacionais e internacionais.

Partindo deste enquadramento, desenvolveu-se um estudo de caso sobre o centro de saúde e a USF, com o objectivo de obter informação intensiva e diversificada, tanto em amplitude, quanto em profundidade, que possibilitasse uma compreensão sociológica desta realidade organizacional. A pesquisa foi estruturada em três dimensões de análise: 1) o modelo de organização; 2) a estrutura profissional; e 3) as políticas de saúde e os seus efeitos, em termos de continuidade ou mudança.

A opção pelo estudo de caso definiu as linhas metodológicas gerais e determinou uma pesquisa de carácter qualitativo, assente em duas técnicas principais de recolha de informação: a observação-participante, desenvolvida de forma continuada ao longo de 15 meses, e a realização de entrevistas semi-estruturadas. A informação recolhida permitiu concluir que: o centro de saúde e os profissionais carecem de reconhecimento e prestígio social e são remetidos para posições de minoridade científica e social; o modelo USF, enquadrado pelos princípios da Nova Gestão Pública, provoca efectiva alteração no modelo de produção de cuidados, impõe novas formas de organização do trabalho e intensifica a regulação da estrutura burocrática.

Palavras-chave: USF, Centro de Saúde, políticas de saúde.

Summary:

Since the seventies that health policies assign a major role to primary care and a central position to the health center in the overall structure of care. However, the health system has been described as deeply centered in hospitals. This position of supremacy of the hospital has been submitting the primary health care for a so-called marginal position, in clear contradiction with the national and international policy guidelines.

Base on this framework, it was developed a case study about the health center and FHU, with the purpose of getting intensive and diversified information, both in amplitude and in depth, which permitted a sociological understanding of organizational reality. The research was structured in three dimensional analysis: 1) the model of organization, 2) professional structure, and 3) health policies and their effects in terms of continuity or change.

The choice of the case study defined the general methodological lines and determined a research of a qualitative nature, based on two main techniques of data collection: the participant observation was continuously developed over 15 months, and semi-structured interviews. The gathered information allowed us to conclude that: the health center and professionals have a lack of recognition and social prestige and are relegated to scientific and social minority; the FHU model, framed by the principles of New Public Management, causes changes in the care production model, imposes new forms of work organization and enhances the regulation of bureaucratic structure.

Keywords: Familiar Health Unit, Health Center, health policies.

Índice

INTRODUÇÃO	14
PARTE I	
O CENTRO DE SAÚDE E A UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR ENQUANTO OBJECTO SOCIOLÓGICO	26
CAPÍTULO I – POLÍTICAS E CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	28
1. Políticas de saúde em Portugal: das preocupações sanitaristas à criação do Centro de Saúde	28
3. Cuidados de Saúde Primários: de Alma-Ata à actualidade	45
4. O (re)surgimento da clínica geral	55
4.1. A clínica geral em Portugal	59
4.2. Clínico Geral e/ou Médico de Família?	62
CAPÍTULO II – DO PERCURSO TEÓRICO E METODOLÓGICO	68
1. Quadro teórico: o Centro de Saúde e a Unidade de Saúde Familiar enquanto organizações sociais e lugares profissionais	68
2. Do quadro teórico ao objecto de estudo	91
2.1 As hipóteses de trabalho	97
2.2 Os objectivos da investigação	101
3. Opções metodológicas e estratégias de pesquisa	102
4. Do percurso na procura do objecto e da abordagem empírica	109
5. Análise da informação	119
PARTE II	
DO CENTRO DE SAÚDE À UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR	122
CAPÍTULO I – DO CENTRO DE SAÚDE COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL	124
Introdução	124
1. Do Centro de Saúde: o espaço, os contextos e os profissionais	126
1.1. O Centro de Saúde <i>Tradicional</i>	128
1.2. O Centro de Saúde em transição	136

1.3. O Centro de Saúde pós-USF	144
2. O Centro de Saúde tradicional: organização funcional e modelo de produção de cuidados	150
2.1. A Medicina Geral e Familiar	159
2.1.1 A consulta de Medicina Geral e Familiar	162
2.2 A Enfermagem	172
3. Caixa ou Centro de Saúde? Lógicas de resistência à (re)hierarquização simbólica da organização	180
CAPÍTULO II – A UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR: O QUE MUDA E O QUE PERMANECE?	188
Introdução	188
1. Unidade de Saúde Familiar: da concepção política	189
2. A Unidade de Saúde Familiar A: o que muda e o que permanece?	199
2.1. O que dizem os profissionais...	202
2.2. Do outro lado: o que dizem os profissionais que não integraram a USF	215
2.3. Que razões levaram à criação da USF A?	219
3. A Unidade de Saúde Familiar B: actores e contextos	223
3.1. Porque foi criada a Unidade de Saúde Familiar B? Razões e motivações	226
3.2. O que mudou?	230
4. A consulta de Medicina Geral e Familiar em USF	234
5. A enfermagem em USF	240
6. Considerações sociológicas sobre a Unidade de Saúde Familiar	244
CAPÍTULO III – O CENTRO DE SAÚDE E A UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR ENQUANTO LUGARES PROFISSIONAIS	250
Introdução	250
1. O especialista e a especialidade de Medicina Geral e Familiar	252
1.1. Porque se opta pela medicina familiar?	257
2. Ser médico de família, no Centro de Saúde e na USF	263
3. Reconfigurações e redefinições da Medicina Geral e Familiar	266
4. O enfermeiro e a enfermagem em Cuidados de Saúde Primários	270
4.1. Ser enfermeiro no Centro de Saúde	272

4.2. Ser enfermeiro na USF	275
CAPÍTULO IV – A REFORMA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: CURSOS, DISCURSOS E CONTEXTOS	282
Introdução	282
1. As políticas e o político da reforma	284
2. Os cursos e os discursos da reforma	291
3. No terreno: os discursos dos profissionais	300
CONCLUSÃO	310
BIBLIOGRAFIA	318
LEGISLAÇÃO CONSULTADA	334
ANEXOS	336

SIGLAS UTILIZADAS

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

APMCG – Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral

ARS – IP – Administração Regional de Saúde – Instituto Público

ARSN – Administração Regional de Saúde do Norte

CS – Centro de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

GP – General Practitioners

MCSP – Missão para os Cuidados de Saúde Primários

MGF – Medicina Geral e Familiar

NHS – National Health System

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde

PNV – Plano Nacional de Vacinação

RRE – Regime Remuneratório Experimental

SAP – Serviço de Atendimento Permanente

SMS - Serviços Médico-Sociais

SNS – Serviço Nacional de saúde

SRS – Sub-Regiões de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULS – Unidades Locais de Saúde

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

ABREVIATURAS UTILIZADAS

E1 – CS TSS – Entrevista 1 – Centro de Saúde, Técnica de Serviço Social

E2 – CS Enf – Entrevista 2 – Centro de Saúde, Enfermeiro

E3 – CS Enf – Entrevista 3 – Centro de Saúde, Enfermeiro

E4 – CS Enf – Entrevista 4 – Centro de Saúde, Enfermeiro

E5 – CS Adm – Entrevista 5 – Centro de Saúde, Enfermeiro

E1 – USFA Adm – Entrevista 1 – USF A, Administrativo

E2 – USFA Adm – Entrevista 2 – USF A, Administrativo

E3 – USFA Adm – Entrevista 3 – USF A, Administrativo

E4 – USFA Adm – Entrevista 4 – USF A, Administrativo

E5 – USFA Enf – Entrevista 5 – USF A, Enfermeiro

E6 – USFA Enf – Entrevista 6 – USF A, Enfermeiro

E7 – USFA Enf – Entrevista 7 – USF A, Enfermeiro

E8 – USFA Enf – Entrevista 8 – USF A, Enfermeiro

E9 – USFA Med – Entrevista 9 – USF A, Médico

E10 – USFA Med – Entrevista 10 – USF A, Médico

E1 – USFB – Adm – Entrevista 1 – USF B, Administrativo

E2 – USFB – Adm – Entrevista 2 – USF B, Administrativo

E3 – USFB – Adm – Entrevista 3 – USF B, Administrativo

E4 – USFB – Adm – Entrevista 4 – USF B, Administrativo

E5 – USFB – Adm – Entrevista 5 – USF B, Administrativo

E6 – USFB – Adm – Entrevista 6 – USF B, Administrativo

E7 – USFB – Enf – Entrevista 7 – USF B, Enfermeiro

E8 – USFB – Enf – Entrevista 8 – USF B, Enfermeiro

E9 – USFB – Enf – Entrevista 9 – USF B, Enfermeiro

E10 – USFB – Enf – Entrevista 10 – USF B, Enfermeiro

E11 – USFB – Enf – Entrevista 11 – USF B, Enfermeiro

E12 – USFB – Med – Entrevista 12 – USF B, Médico

E13 – USFB – Med – Entrevista 13 – USF B, Médico

E14 – USFB – Med – Entrevista 14 – USF B, Médico

E15 – USFB – Med – Entrevista 15 – USF B, Médico

E16 – USFB – Med – Entrevista 16 – USF B, Médico

E17 – USFB – Med – Entrevista 17 – USF B, Médico

E1 – Ex-presidente MCSP – Entrevista1, Ex-presidente da Missão para os Cuidados de Saúde Primários

dc-cs – Diário de Campo, Centro de Saúde

dc-usfB – Diário de Campo, USF B

INTRODUÇÃO

Não raras vezes os nossos trajectos de vida vão-nos despertando interesses vários. Alguns vão ganhando estatuto de permanência no ordenamento subjectivo das aspirações e aguardamos apenas oportunidade para os aprofundar. Assim nos tem acontecido com o desejo de levar a cabo uma investigação sobre os cuidados de saúde primários. Há algum tempo realizámos uma investigação (no âmbito da dissertação de mestrado em Relações Interculturais) sobre a vertente comunicacional na relação médico/doente num centro de saúde. Foi a oportunidade para mergulhar na realidade organizacional da prestação de cuidados de saúde primários. Todavia, a delimitação da temática em estudo impunha-nos uma focagem preferencial na dimensão relacional/comunicacional, obrigando-nos, necessariamente, a descurar *outros* ângulos de análise.

Porém, ao longo de todo o processo de observação fomos permanentemente seduzidos para uma *outra* análise. Porventura, será sempre assim: quando o sociólogo se debruça sobre um determinado plano de análise, logo se confronta com o apetite pela procura de outros ângulos de explicação que lhe vão aquietando as múltiplas interrogações. Talvez por isto, tudo nos parecia social e sociologicamente denso e pertinente, mas a pressão de excluir do raio analítico as interferências *perniciosas* de olhares desviados ao tema levou-nos a deixar em reserva a vontade de um dia lá voltar para re-questionar a realidade e procurar noutros enunciados sociológicos as interpretações possíveis.

Assim, deixámos guardado na área dos afazeres pendentes o estudo que agora iremos concretizar. Acontece, todavia, que o desenho desta investigação coincidiu temporalmente com a implementação da reforma dos cuidados de saúde primários, facto que veio a revelar-se uma oportunidade única para se estudar as suas implicações na realidade concreta dos modelos de organização do trabalho, de produção de cuidados e dos quotidianos dos profissionais. Se estamos face a um processo de mudança no sector dos cuidados primários, importa perguntar à realidade o que muda e o que permanece.

Ora, uma das primeiras mudanças operadas foi a constituição das Unidades de Saúde Familiar (USF), facto que implicou o desdobramento do objecto de estudo em dois objectos: um, o centro de saúde, permitir-nos-ia perceber o sistema tradicional de cuidados de saúde primários e, outro, a USF, a face mais visível da mudança, possibilitaria a compreensão dos processos de transformação que estavam a ocorrer. A estes dois objectos em estudo corresponde um núcleo analítico central estruturado igualmente em dois vectores: um primeiro vector para perceber o centro de saúde tradicional enquanto organização social e de produção de cuidados de saúde, questionando se esta unidade ocupará uma posição socialmente marginal e cientificamente minorizada no sistema global de cuidados? Um segundo vector centra-se nas mudanças operadas pela reforma com a criação das USF. Trata-se aqui de desenvolver uma análise da concepção política das medidas reformadoras e de perceber sociologicamente as repercussões que desencadeiam. O que muda e o que permanece nos cuidados de saúde primários com a criação das USF?

Este nível de cuidados assume uma posição primordial no Serviço Nacional de Saúde e o centro de saúde a função de prestador principal. E se em todas as orientações políticas, nacionais e internacionais (refira-se apenas como exemplo o Relatório da Organização Mundial de Saúde de 2008, cujo título – "Cuidados de Saúde Primários, agora mais do que nunca" (OMS, 2008) – é ilustrativo da importância e da necessidade de investimento neste tipo de cuidados), esta centralidade é repetidamente assumida e afirmada, na realidade concreta os centros de saúde tendem a situar-se na periferia do sistema dos cuidados de saúde, do reconhecimento social e da produção científica. Verificando-se, assim, uma contradição entre a posição atribuída nas políticas de saúde e a posição efectivamente assumida na realidade concreta. Foi tendo por base este pressuposto teórico, fundamentado nalguns estudos existentes, que partimos para a definição da problemática e das hipóteses em estudo.

Esta investigação, como qualquer outra, não teve um percurso linear. Escolhido o tema, estavam inerentemente definidos os objectos de estudo – o centro de saúde e a USF. Decorrente destas escolhas e do interesse, assumidamente definido, em compreender em profundidade a realidade organizacional dos cuidados de saúde primários, estava também tomada a opção por um estudo qualitativo.

Dentro desta abordagem, o estudo de caso impunha-se como o metodologicamente mais adequado e cientificamente mais *produtivo*, tendo em vista o desejo de conhecer *por dentro* e na latitude e amplitude possíveis as estruturas sociais e organizacionais de um caso. Assim, estavam desenhadas as linhas gerais que iriam governar o processo de trabalho e partiu-se para a procura dos objectos de estudo no universo dos centros de saúde que já integrassem a USF – esta era a única imposição, não havendo, à partida, qualquer outra exigência quanto à eleição do centro de saúde. A intenção era que o acaso nos mostrasse o caso. E assim foi. Feitos os primeiros contactos com a Administração Regional de Saúde do Norte (ARSN) para obtermos autorização, iniciámos a abordagem empírica num centro de saúde da área metropolitana do Porto. Mas este *caso* trouxe-nos as primeiras adversidades *logísticas*, já que as limitações à nossa mobilidade física dentro da organização, as exigências protocolares para desenvolver qualquer actividade e o controlo que era exercido sobre a investigadora revelaram-se de tal forma obstaculizantes da pesquisa que tornavam incontroláveis as condições epistemológicas de recolha de informação. Concluímos, então, pela impossibilidade de prosseguir a pesquisa naquela unidade e reiniciámos novo pedido de autorização à ARSN para a escolha de outro centro de saúde, onde viria a decorrer todo o trabalho de campo.

Nesta altura estava já definida a arquitectura da investigação, tomadas as opções metodológicas e definidos os objectivos fundamentais. Contudo, o objecto de estudo e o contexto político que o enquadra revelaram tal mutabilidade que obrigaram a reformulações, revisões e adaptações, quase constantes, do desenho inicial. Inevitavelmente, assim é quando a sociologia se debruça sobre objectos reais, vivos, dinâmicos e, portanto, mutáveis.

Numa primeira fase a pesquisa empírica decorreu num centro de saúde e na USF que o integrava, mas durante o ano de 2008, quando o trabalho de campo já se encontrava numa fase adiantada, fomos surpreendidos com a transformação do centro de saúde, ele próprio, em USF. Este facto veio, mais uma vez, obrigar a uma reformulação do planeamento da pesquisa e dos objectivos e a dilatar no tempo o trabalho no terreno e a recolha de informação, já que o objecto primeiro do estudo – o centro de saúde – extinguir-se-ia num curto período de tempo enquanto unidade prestadora de cuidados, mantendo, todavia, alguns funcionários que não foram integrados no projecto USF. Se, por um lado, este facto introduziu grande complexidade e dificuldades acrescidas no tratamento da

informação, por outro lado permitia-nos ampliar as ambições analíticas para dimensões ausentes na outra USF já em estudo; e por outro lado, ainda, criava mais uma oportunidade para acompanhar de perto, *in loco e in timing*, as implicações directas da reforma. Face a tudo isto, torna-se evidente que é a realidade que dita os percursos e os âmbitos da investigação.

Por conseguinte, embora os objectos de estudo iniciais permaneçam fisicamente os mesmos, o centro de saúde evolui para a USF e dá origem a um novo objecto de estudo. Diríamos que o próprio objecto de estudo se triparte.

Sublinhe-se ainda que foi opção assumidamente tomada o estudo de uma componente da reforma – a USF – sem a pretensão de ampliarmos o foco de análise à reforma em toda a sua amplitude. Até porque, estávamos certos, tal tarefa teria sido impraticável. Por um lado, porque o processo de implementação das medidas foi sendo marcado por ciclos de maior e menor intensidade reformativa, deixando a fase de reestruturação global dos centros de saúde para um momento distante do início da introdução das primeiras medidas; por outro lado, porque o grau de complexidade inerente a todo o processo e a criação de diversas unidades de produção de cuidados de saúde tornariam improfícua qualquer investigação de metodologia qualitativa, limitada, ainda, temporalmente pela necessidade de cumprimento do calendário académico do curso de doutoramento. Ficou, no entanto, a vontade e o interesse de, em futura oportunidade, realizar um outro estudo que, beneficiando do conhecimento agora produzido, possa permitir uma compreensão mais alargada da reforma dos cuidados de saúde primários.

Contudo, a *reforma* e as implicações geradas foram sempre actores directos e indirectos do plano de observação. A magnitude da mudança, ou mesmo da permanência quando se esperava que tudo se transformasse, foi-se revelando nos discursos, nos comportamentos e nas acções dos que a protagonizavam, na reorganização dos espaços institucionais e do próprio trabalho. Daí que tenhamos igualmente assumido que, embora não estudando toda a reforma, daríamos importante relevo às leituras e posicionamentos que os profissionais do terreno faziam do quadro das políticas que, quase diariamente, iam sendo produzidas.

A USF representa uma nova unidade orgânica de prestação de cuidados de saúde primários, a que se virão juntar ainda mais cinco com a criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), num processo reformador que virá a reconfigurar o próprio

centro de saúde e todo o sector deste tipo de cuidados. Como consequência deste período de profundas alterações administrativas, a nomenclatura tradicionalmente utilizada é reformulada. Mas na realidade e nos usos linguísticos correntes faz-se o recurso às *velhas* e às *novas* designações, derivando este uso combinado, mais ou menos indiscriminado e quase nunca clarificado, numa diversidade de recursos terminológicos. Torna-se uma dificuldade, às vezes uma impossibilidade, dar *nomes* às realidades em estudo que sejam conceptualmente clarificadores e empiricamente adequados. É que as designações correntes do passado ganham agora novos significados, sem que tenha sido produzida nomenclatura adequada para designar as novas realidades emergentes.

Para ultrapassar este obstáculo, impõe-se aqui uma clarificação dos termos e da evolução dos sentidos que comportam. Quando iniciámos a investigação, o centro de saúde era um centro de saúde como outro qualquer, com a particularidade de integrar duas USF (destas, apenas uma se constituirá em objecto de estudo por razões que exporemos mais tarde). Nesta altura, o conceito de centro de saúde remete-nos para a sua acepção *tradicional* (que iremos expor no Capítulo I, da Parte I), ou seja, uma unidade prestadora de cuidados de saúde primários, englobando as vertentes de tratamento, prevenção e promoção da saúde. Com a implementação dos ACES (que virá a ocorrer durante o ano de 2009), os centros de saúde são incorporados nestas novas estruturas¹, conjuntamente com mais cinco unidades funcionais. A criação destes novos organismos dá origem a uma reformulação das estruturas hierárquicas que existiam no centro de saúde, concentrando-se no ACES a linha de comando e os órgãos directivos a que reportam as unidades funcionais, embora a cada uma correspondam níveis de autonomia definidos em lei, como também veremos mais à frente.

Face a esta reconfiguração do sector dos cuidados primários, o centro de saúde era, à época de conclusão deste trabalho, regido pelo mesmo Decreto-Lei que o regulamentava desde 1999 (o Decreto-Lei nº 157/1999, de 10 de Maio), a que se acrescentam as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de Fevereiro, que vem enquadrar juridicamente os ACES. Estes organismos são constituídos por um conjunto de novas unidades funcionais, cuja definição deixa nebulosas as fronteiras entre umas e

¹ E mais tarde, virão a ser reconfigurados em Unidades de Cuidados de Saúde Personalizadas, um processo que ocorreu já na fase de redacção deste trabalho e que não será objecto da nossa atenção.

outras e o "novo" centro de saúde, que, embora sendo diferente, é igual. Explicando: é diferente na arquitectura organizacional, em particular nas estruturas hierárquicas; é igual no desenho funcional, mantendo as mesmas funções e atribuições.

Mais algumas dificuldades, digamos, processuais, merecem destaque: uma relaciona-se com a quantidade e variedade de produção legal e de documentos da Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Estes recursos, imprescindíveis para o acompanhamento do processo e a compreensão das linhas de orientação, tornavam-se simultaneamente um emaranhado de informação, de grande complexidade técnica e jurídica, em cuja consulta e leitura gastámos incontáveis horas; uma outra dificuldade diz respeito à obtenção de dados estatísticos sobre os mais diversos aspectos. É certo que existem várias fontes oficiais que podem ser consultadas *on line*, mas ou a informação que pretendíamos não fazia parte das bases dados, ou não era coincidente entre as fontes consultadas. É assim que esta experiência de investigação se tornou também numa relação (virtual), tantas vezes desesperada, da investigadora/cidadã com a máquina da administração central. Uma terceira dificuldade prende-se com o contexto de mudança que caracteriza todo o período em que se inscreve a elaboração do trabalho. Essa mutabilidade gerava um efeito perverso: a informação imanada pelas instituições, para além do intenso ritmo de produção, estava em permanente reformulação e aquilo que hoje servia para caracterizar a realidade, amanhã estava desactualizado.

Outro aspecto merece particular destaque. Decorrente da escassa produção sociológica sobre os cuidados de saúde primários, existe uma quase total indisponibilidade bibliográfica sobre o assunto. Em Portugal, exceptuando os trabalhos de Graça Carapinheiro (Carapinheiro e Hespanha, 1997; Carapinheiro, 2001; Carapinheiro, 2006), não existe investigação sociológica sobre o tema. E no panorama da sociologia internacional também não abunda quer a produção teórica quer a investigação. Exceptua-se a sociologia britânica e francesa, onde é possível encontrar algumas abordagens à clínica geral e aos cuidados primários. Mas os sistemas de saúde não são comparáveis e os estudos retratam realidades diferentes. Ainda assim, foram fontes importantes para obtermos bibliografia especificamente dirigida aos cuidados primários e ao clínico geral. Por conseguinte, recorreremos às investigações sociológicas sobre o hospital e aos desenvolvimentos que nessas investigações são produzidos da sociologia das organizações, da sociologia das profissões, para além da sociologia médica propriamente

dita. É claro que esta *apropriação* teórica foi alvo de reflexão crítica.

Acresce ainda que, estando o sector deste tipo de cuidados a sofrer uma profunda reestruturação, atribui-se particular importância à sociologia da mudança organizacional, encarando-a como um vasto campo teórico que servirá para enquadrar os objectos em estudo e para potenciar a compreensão dos processos transformativos que ocorrem em períodos de reforma política e institucional. Não sendo na sociologia da mudança que se definem os pilares teóricos que sustentam o estudo, é nestas abordagens que se estabelecem algumas linhas de referência, fundamentais para o enquadramento sociológico do tema. A mudança, em geral, e a mudança organizacional, em particular, são fenómenos difíceis de apreender. Inelutáveis, nunca apresentam um sentido de linearidade. Será nesta complexidade de movimentos do devir que se desenvolvem acções de mudança e de continuidade dos cuidados de saúde primários.

O facto do centro de saúde e da USF integrarem o Serviço Nacional de Saúde e corporizarem instituições de saúde (ressalvando-se as especificidades inerentes), permitiu criar uma primeira premissa para a problematização do uso das correntes sociológicas criadas a partir de estudos desenvolvidos em meio hospitalar e que se define assim: centro de saúde e USF são organizações com similitudes várias em relação ao hospital, podendo por isto ser objecto de abordagens teóricas que serviram para o estudo do hospital, desde que os conceitos e as perspectivas sejam suficientemente problematizados para não ocultar as especificidade destas duas organizações. Foi esse esforço que procurámos manter em estado transversal a toda a abordagem teórica e empírica, coadjuvado com os contributos existentes e específicos para este tema e este objecto.

A estas dificuldades acrescenta-se ainda uma peculiaridade, directamente decorrente do tema e da complexidade, mesmo terminológica, que caracteriza os objectos de estudo. A linguagem institucional utiliza abundantemente o recurso à nomenclatura por siglas. Uma forma de economia da palavra, é certo, mas que enxameia os escritos oficiais, e também este texto. São agregações de letras, à primeira vista nada dizendo e, à segunda, condensando vários dizeres. São inestéticas, parecem encriptações textuais, obrigam a permanentes exercícios mnemónicos do seu significado, dificultam a sua rápida compreensão e tornam a leitura mais demorada e menos agradável. Mas impõem-se ao seu uso corrente e delas não fomos capazes de nos libertar.

As dificuldades foram sendo ultrapassadas, contornadas, ou, tão simplesmente, aceites e é agora o momento de, em síntese e da forma mais clara que conseguirmos, apresentar esquematicamente as coordenadas gerais que projectam esta investigação. O problema de investigação desenha-se a partir de três eixos analíticos:

1. O centro de saúde e a USF como organizações sociais. As duas unidades são perspectivadas na sua componente formal e informal: a primeira regulada por estruturas burocráticas com modelos de organização do funcionamento e de produção de cuidados administrativa e racionalmente definidos; a segunda, o vector informal, existente em qualquer instituição, onde se enquadram as acções e interacções não previstas, nem prescritas pela hierarquia formal, produz normas informais pressupostamente capazes de exercerem poder regulatório sobre o trabalho e os trabalhadores.
2. O centro de saúde e a USF como lugares profissionais. Aqui perspectiva-se o CS e a USF como espaços de dinâmicas profissionais, onde cada grupo gere as suas carreiras, deposita expectativas e traça trajectórias. Procura perceber-se se as lógicas de divisão social do trabalho, as hierarquias formais e simbólicas, o estatuto social, profissional e científico destes grupos profissionais estará associado a uma imagem de (des)prestígio social.
3. O centro de saúde e a USF como matéria política. Direcção-se o foco de análise para a (vasta) matéria política que tem sido produzida sobre o sector dos cuidados primários, procurando perceber, no terreno, a sua real implementação e os posicionamentos dos seus agentes mais directos: os profissionais. Atribui-se particular importância às mudanças em curso para se perspectivar o que trazem de novo, o que permanece e o que muda na realidade concreta?

A partir destes três eixos analíticos foram formulados os seguintes objectivos gerais:

1. Obter conhecimento, abrangente e aprofundado, sobre as organizações "centro de saúde" e "unidade de saúde familiar";
2. Perceber o impacto das medidas reformadoras, actualmente em processo de implementação no sector dos cuidados primários, nos posicionamentos, expectativas e opiniões dos profissionais de saúde face às novas políticas;

3. Identificar tendências políticas de mudança da posição do centro de saúde na estrutura global dos serviços de saúde.

E como objectivos específicos:

1. Conhecer o funcionamento e as características estruturais do centro de saúde e da USF, nomeadamente: serviços disponibilizados; a organização e divisão do trabalho; a hierarquia de funções; as relações inter e intra-profissionais; a estrutura de poder e de autoridade; o tipo de gestão; a eventual rotinização e ritualização da vida diária; os fluxos de articulação e comunicação inter-institucional; as actividades realizadas com a comunidade (acções de promoção, prevenção, educação, apoio domiciliário, entre outras);
2. Conhecer as hierarquias profissionais, formais e informais, as formas de autonomia, as trajectórias profissionais, bem como as expectativas de carreira das principais profissões participantes na organização e divisão do trabalho;
3. Conhecer as especificidades de funcionamento da USF, no sentido de identificar eventuais semelhanças e dissemelhanças em relação ao modelo centro saúde.

Do problema em estudo resultam as hipóteses que conduzirão a pesquisa empírica. Elaboradas a partir do quadro teórico e por ele sustentadas, são assim formuladas:

1. Ocupará o centro de saúde uma posição social e cientificamente marginal em relação a hospital? E porquê?
2. Que alterações produzirão as medidas reformadoras, nos planos organizacional e profissional?
3. Os novos modelos organizativos produzirão um reforço das normas burocráticas e da regulação estatal, diluindo para níveis residuais o recurso às regras profissionais? Ou seja, estamos face a processos de desprofissionalização ou de proletarização das profissões? Verificam-se processos de re-hierarquização interna motivados pelas novas formas de gestão?

Pela complexidade e abrangência do processo reformativo, questiona-se ainda mais concretamente o que muda no quotidiano:

- da realidade organizacional;
- da organização das práticas dos cuidados;
- do exercício profissional.

Feito o desenho da investigação, apresentamos agora as partes constituintes do trabalho que se segue. Na Parte I, Capítulo I, faz-se uma síntese, cronologicamente ordenada, das políticas para os cuidados de saúde primários em Portugal, enquadradas pelos movimentos internacionais mais amplos das políticas para este nível de cuidados. Dada a estreita ligação dos cuidados primários com a profissão de clínica geral, apresenta-se o quadro sociopolítico da fundação desta especialidade em Portugal, para em seguida se discorrer sobre formas de construção identitária desta profissão.

No Capítulo II apresenta-se o quadro referencial, pondo em problematização as linhas teóricas provenientes da sociologia da saúde oriundas da investigação produzida em meio hospitalar, reflecte-se sobre a sua adequabilidade e limitações e introduz-se a discussão sobre os efeitos das novas formas de gestão pública nos serviços de saúde. Partindo deste enquadramento apresenta-se ainda o objecto de estudo, as hipóteses, os objectivos, e as opções metodológicas.

A Parte II reporta ao trabalho empírico. O Capítulo I debruça-se sobre o centro de saúde tradicional, para o caracterizar enquanto espaço físico, social e simbólico, para analisar o modelo de produção de cuidados, para dar conta das mutações organizacionais que o atravessam, do carácter cíclico desse processo de mudança, das suas implicações, para, por fim, se chegar à discussão de uma das questões de partida da investigação: o centro de saúde ocupa uma posição marginal na estrutura global dos cuidados?

No Capítulo II coloca-se em perspectiva a USF. As duas USF analisadas têm factores motivacionais distintos e percursos *biográficos* diversos, daí o seu particular interesse para a abordagem sociológica. Uma já existia quando iniciámos a pesquisa e integra-se nas primeiras 50 criadas em todo o país, é por isso que a classificamos como uma ordem organizacional estabelecida; a outra, que interpretamos como um produto da reforma, traduz um efeito directo da reestruturação. As duas representam modelos organizacionais que, embora administrativamente semelhantes, se diferenciam na quotidianidade do trabalho. Analisa-se o que muda e o que permanece, e procura-se perceber a perspectiva

dos profissionais face às novas formas organizacionais.

No Capítulo III foca-se o centro de saúde e a USF enquanto lugares profissionais, centrando a análise nas duas profissões mais directamente implicadas na produção de cuidados: a enfermagem e a medicina. Aborda-se a sua posição na divisão social do trabalho, dando particular ênfase às repercussões da reforma nos processos de re-hierarquização dos profissionais. Discute-se se os efeitos das novas formas de gestão estarão a submeter as normas profissionais à regulação organizacional e, em consequência, a produzir redimensionamentos dos níveis de autonomia dos trabalhadores.

E por fim, no Capítulo IV, coloca-se em perspectiva a reforma. Enunciam-se os cursos e os discursos institucionais cruzando-os, depois, com a realidade concreta da aplicação das medidas, procurando perceber posicionamentos e opiniões dos agentes directos da mudança sobre a reforma.

PARTE I

O CENTRO DE SAÚDE E A UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR ENQUANTO OBJECTO SOCIOLÓGICO

CAPÍTULO I – POLÍTICAS E CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

1. Políticas de saúde em Portugal: das preocupações sanitaristas à criação do Centro de Saúde

As preocupações com as condições sanitárias da população portuguesa remontam ao início do século XX com o médico Ricardo Jorge (1858 – 1839), autor da primeira reforma da saúde. Tratou-se de um conjunto de diplomas, promulgados ainda em 1899, mas só aplicados em 1903, que procuravam estruturar um mecanismo sanitário de defesa da saúde da população e construir as bases do movimento de saúde pública (Ferreira, 1990; Simões, 2004). Começa nesta altura o que segundo Ferreira (1990, 337) “se pode chamar o moderno sanitarismo”, sem, contudo, se considerarem os problemas de assistência médica à população e sem se conseguirem melhorar as suas condições de saúde².

Mas será a década de 40 que virá a representar um verdadeiro marco nas políticas de saúde portuguesas. Para Carapinheiro e Page (2001, 86) é a década “mais densa em termos de produção legislativa no âmbito da assistência”. Foi o tempo de edificação estrutural da matriz básica da saúde, em que “praticamente todas as bases do nosso sistema de saúde actual foram criadas” (Carapinheiro e Page, 2001, 86). As autoras consideram ainda que é nesta altura que se definem “novos rumos da Medicina Social” e se estabelecem os princípios da assistência social até atingirem, “teoricamente, o seu expoente máximo, com a adopção da noção de cuidados de saúde primários” (Carapinheiro e Page, 2001, 86). É assim que logo em 1942 e numa tentativa de ir ao encontro das tendências internacionais, que ditavam a passagem da “medicina social de

² Ferreira (1990, 338) fala duma segunda reforma – a de 1926, (Decreto-Lei nº 12. 477/1926, de 12 de Outubro), que surgiu numa tentativa de obviar os inconvenientes mais notórios da reforma anterior e que, em seu entender, eram a dispersão de responsabilidades por numerosas entidades e a falta de interesse destas. Nesta reforma, é dada maior independência às autoridades sanitárias concelhias e são criadas as Comissões Municipais de Higiene. Mas, diz Ferreira, os resultados continuam a não ser os melhores. Simões (2004) considera, porém, que a segunda reforma surge em 1945, com o Decreto-Lei nº 35. 108/1945, de 7 de Novembro.

estilo higienista, de tom policial, à medicina social, de estilo sanitarista, de tom disciplinar” (Carapinheiro 2006, 141), Portugal assinou a Convenção Sanitária Internacional e criou as Autoridades Sanitárias (Decreto-Lei nº 32 171/1942, de 29 de Julho), às quais, em nome da Saúde Pública, os médicos se encontravam subordinados.

Em 1945, o Decreto-Lei nº 35.108/1945, de 7 de Novembro³, cria em cada distrito do continente uma delegação de saúde e em cada concelho uma subdelegação. Desta forma são executadas as medidas de saúde tomadas pelos médicos sanitaristas (Ferreira, 1990, 338 e 339). O diploma aborda especificamente a “assistência preventiva”, a “assistência paliativa e curativa” e a “assistência construtiva”, ou seja, como diz Carapinheiro (2006, 141), com a devida actualização destas noções por referência às dimensões temporais que comportaram diferentes quadros sócio-políticos, foi aqui delineado aquilo que posteriormente se virá a designar por perspectiva preventiva e curativa.

O Estatuto do Trabalhador Nacional previa a criação da Previdência Social, composta por caixas ou instituições “tendentes a defender o trabalhador na doença, na invalidez e no desemprego involuntário e também a garantir-lhe pensões de reforma” (Biscaia *et al*, 2006, 42). Estes seguros sociais obrigatórios iniciaram-se em Portugal em 1935 (com o Decreto-Lei nº 25.935, de 12 de Outubro, de 1935). Inicialmente destinavam-se a trabalhadores da indústria, e comércio e só mais tarde foram alargados aos sectores da rural e das pescas (OPSS, 2008, 100).

É assim que surge uma rede de cuidados que serão designados por Serviços Médico-Sociais. Uma estrutura de saúde, com cobertura nacional, que presta cuidados de saúde em regime ambulatorio (Carapinheiro e Pinto, 1987), e que serão o “primeiro passo para a organização dos cuidados de saúde primários” (OPSS, 2008, 100). Estes serviços são sustentados pelas contribuições obrigatórias dos trabalhadores, através de descontos no salário, efectuados para a Federação das Caixas de Previdência. Esta ligação entre serviços prestadores (Serviços Médico-Sociais) e serviços pagadores (Caixas de Previdência) virá a dar origem aos chamados “médicos da Caixa”, designação que perdurará durante décadas, e que, embora em desuso, ainda hoje é possível encontrar.

A Federação das Caixas de Previdência permitiu a expansão dos Serviços Médico-Sociais

³ Para alguns autores (Simões, 2004; Ferreira, 1990) este é, precisamente, o Decreto-Lei que marca o início de uma nova reforma na saúde.

e do número de beneficiários, que evoluiu com grande rapidez: de menos de 10% da população residente em 1954, sobe para 16%, em 1960 e 78% em 1975 (Carreira, 1996, 412). Os Serviços Médico-Sociais são responsáveis pela prestação de cuidados de saúde a uma grande parte da população, mas ficarão conotados com os “serviços dos pobres” e os seus profissionais com uma imagem de desprestígio. O “médico da caixa” esteve associado a um lugar de menoridade científica e social (Pinto, 1996, 283) que o distanciará durante décadas do estatuto do médico hospitalar.

Ainda em 1946, Portugal adere à Organização Mundial de Saúde. Tal facto, na opinião de Carapinheiro (2006, 141 – 142), terá ocorrido devido à consciência política do atraso de Portugal por comparação com as condições sanitárias de outros países, e à necessidade do desenvolvimento de medidas de medicina preventiva e social. Paula Page (citada por Carapinheiro, 2006) sublinha que nesta década a regulação da saúde oscilou entre o reforço da saúde pública, em obediência a variáveis externas, e o hospitalocentrismo, em sujeição a variáveis de política interna.

A partir da década de 50, diz Carapinheiro (2006, 142), “a legislação da saúde portuguesa passou a ser decisivamente enquadrada por determinações emanadas da Organização Mundial de Saúde”. Assim, conclui a autora, enquanto a década de 40 foi essencialmente marcada pela criação de estruturas que representavam a base do sistema português, a década de 50 foi marcada pela criação de quadros de pessoal para funcionamento dessas estruturas.

No final da década de 50, no ano de 1958, é criado o Ministério da Saúde e da Assistência (Decreto-Lei nº 41 825/1958, de 13 de Agosto), em substituição da Subsecretaria de Estado da Assistência Social, com o objectivo de englobar os serviços de saúde pública e de assistência, até aí sob alçada do Ministério do Interior. É este o ano que Carapinheiro (2006, 142 – 143) considera constituir um momento político interno importante para a demonstração da eficácia política das agendas internacionais de regulação da saúde, uma vez que o sistema, para além da necessidade de evidenciar a sua especificidade no conjunto dos outros sistemas, teve de se preparar para acolher as orientações relativas à consolidação dos cuidados de saúde primários. Porém, a criação de um ministério específico para regular a saúde e a assistência não deu origem a grandes modificações (Biscaia *et al*, 2006).

Só bastante mais tarde, em 1971, se inicia a chamada terceira reforma da saúde ou “reforma Gonçalves Ferreira”. Tida como um marco histórico na evolução das políticas de saúde, esta reforma marcará as opções doutrinárias para as décadas seguintes (Simões, 2004). “Promoveu a ideia dos «centros de saúde», legislou a sua criação e criou-os de facto no terreno” (Sakellarides, 2006, 63), e teve uma importância muito maior do que hoje se supõe. Tratou-se da “maior mudança de sempre na estrutura e funcionamento dos serviços de saúde” (Ferreira, 1990, 460).

O Decreto-lei nº 413/1971, de 27 de Setembro, um extenso documento, reconhece o direito à saúde, lança em projecto o estabelecimento do sistema nacional de saúde e reconhece a importância para o desenvolvimento social e económico da nação dos serviços de prevenção da doença e promoção da saúde, para o que são criados os centros de saúde, para “trabalharem no íntimo contacto com as populações, de modo a assegurarem a efectiva promoção da saúde e prevenção da doença”⁴, e englobando um vasto leque de valências de cuidados de saúde⁵. Eram assim criados os centros de saúde, chamados de “primeira geração”. Coexistentes com os Serviços Médico-Sociais das Caixas de Previdência, previa-se já a sua integração na mesma organização dos cuidados curativos dos Postos Médico-Sociais, dado existir semelhante processo de localização regional (Ferreira, 1990).

Contudo esta integração só virá a acontecer em 1983, com a publicação do Despacho Normativo nº 97/1983, de 22 de Abril, onde se regula a organização e funcionamento dos centros de saúde como unidades integradas. “Esta transformação requeria grande investimento no apoio aos centros de saúde – formação, desenvolvimento da qualidade, novos modelos de gestão” (Sakellarides, 2006, 74). Mas, a integração fez-se administrativamente. “Deixadas as coisas à sua evolução natural, perderam-se muitos dos aspectos mais interessantes das organizações integradas. Alguns centros de saúde foram progredindo como puderam” (Sakellarides, 2006, 74). Já na década de 70 a cobertura da rede dos centros de saúde estendia-se a quase todos os concelhos do país, traduzindo a assumpção do investimento nos serviços de promoção da saúde e de prevenção da doença (Simões, 2004).

⁴ Decreto-Lei nº 413/1971, artigo 49, ponto 3.

⁵ Decreto-Lei nº 413/1971, artigos 55º a 60º.

Portugal inicia, assim, com o diploma 413/1971, uma política de saúde centrada nos cuidados primários em muito consonante com as orientações internacionais em vigor e que, pouco mais tarde, virão a ser preconizadas pela Conferência de Alma-Ata⁶ sobre cuidados de saúde primários. Fá-lo de uma forma inovadora e precursora, “basta dizer que a Finlândia, país pioneiro no desenvolvimento dos cuidados de saúde primários e dos centros de saúde na Europa, iniciou esta caminhada um ano mais tarde, em 1972” (Sakellarides, 2006, 64).

Se no entender de Carapinheiro e Page (2001, 94) “ainda que de forma frágil, ficou estabelecida a primazia dos serviços de saúde pública sobre os serviços curativos hospitalares”, já que, dirá mais tarde Carapinheiro (2006, 144), toda a produção legislativa e toda a acção política do Estado se centrou na vertente de saúde pública, Biscaia *et al* (2006) consideram que nesta altura foi assumida uma orientação das políticas para os cuidados de saúde primários. Porém, afirma Carapinheiro (2006, 144) “tal não impediu que o investimento destas reformas fosse preferencialmente canalizado para o hospital”.

Em 1973 é criado o Ministério da Saúde, separando-se a “saúde” da “assistência”. Mas, logo em 1974 foi substituído pelo Ministério dos Assuntos Sociais, que passa a integrar as Secretarias de Estado da Saúde e da Segurança Social⁷. Nesta altura, as nacionalizações do pós-25 de Abril estenderam-se também ao sector da saúde, acompanhadas de um processo de funcionarização de todo o pessoal da saúde (Carapinheiro Pinto, 1987). Para acolher no sistema de saúde “as sucessivas ondas anuais de médicos recém-formados”, é criado, em 1975, o Serviço Médico à Periferia, o que “para além de também representar a funcionarização da actividade médica, significa a sensibilidade dos poderes públicos às reivindicações sociais de cuidados descentralizados” (Pinto, 1996, 289).

Em 1979 é criado o Serviço Nacional de Saúde (SNS) (Lei nº 56/1979, de 15 de Setembro), consignando os princípios da gratuitidade, universalidade e generalidade. O Estado assume-se como financiador e principal produtor de cuidados de saúde,

⁶ Onde se recomenda que todos os governos devem formular políticas, estratégias e planos nacionais de acção para lançar e sustentar os cuidados de saúde primários (Declaração de Alma Ata, 1978).

⁷ O Ministério da Saúde virá a ser novamente criado em 1983, permanecendo até hoje.

sobrepondo-se à produção privada (Santos, 1990, 217). Carreira (1996, 413) salienta que para além da lei do SNS retomar alguns dos aspectos da reforma de 1971, completa-os e introduz outros, instituindo um modelo inteiramente novo de organização e prestação de cuidados de saúde. Contudo, este modelo “inteiramente novo” continuará a atribuir ao hospital grande centralidade na estrutura dos cuidados de saúde portugueses, sendo este, em larga medida, responsável pelo cumprimento dos princípios constitucionais da gratuidade, generalidade e universalidade (Carapinheiro, 2006), o que vem a gerar custos in comportáveis para o sistema e para o país. A autora considera que:

“a solução encontrada foi a de comprometer os princípios, prejudicar os direitos e adiar a optimização dos recursos públicos de saúde, fazendo reformas que, paradoxalmente, desinvestem nos cuidados primários e dão prioridade aos recursos técnicos, materiais e humanos do hospital” (Carapinheiro, 2006, 145).

Um século de produção legislativa sobre a saúde evidencia, em primeiro lugar, uma vasta quantidade de articulados legais sobre o assunto. Não sendo nosso objectivo o estudo da produção legislativa, a análise que efectuámos não foi exaustiva. Procurámos fazer o traçado evolutivo das políticas de saúde, pontuando as fases e as disposições legais mais estruturantes do sistema de saúde. Mas toda a análise foi efectuada tendo como objectivo enquadrar socio-politicamente os, actualmente, designados cuidados de saúde primários.

Embora nem toda a matéria legal tenha sido considerada, da contextualização que realizámos é possível concluir que, primeiro: até 1971 grande parte das disposições legais visou implementar medidas de saúde pública. Destas, destacamos a criação dos Serviços Médico-Sociais que disponibilizavam uma rede de cuidados médicos às populações trabalhadoras; segundo: com a criação dos centros de saúde (em 1971), Portugal assenta toda a estrutura do sistema de saúde nestas unidades e torna clara a opção por uma política de saúde arquitectada a partir dos cuidados de saúde primários; e terceiro: a reforma que agora está em curso continua a centrar-se na importância dos cuidados de saúde primários (CSP). Pelo que, à semelhança de outros autores (Carapinheiro e Page, 2001; Carapinheiro, 2006; Simões, 2004), afirmamos a existência de uma linha de continuidade nas orientações políticas da saúde, que se verifica na evolução da saúde pública para a perspectiva dos cuidados de saúde primários (Carapinheiro e Page, 2001) e que se mantém, embora com algumas reconceptualizações, no entendimento que hoje se tem

deste conceito. Assim, se a década de 40 representa a década da fundação dos alicerces de uma política de saúde pública, as últimas três décadas elegem os CSP como principal estratégia estruturadora da política de saúde portuguesa.

Contudo, a importância reconhecida aos CSP nas preconizações políticas não se reflecte na concretização de um sistema de saúde efectivamente centrado nas unidades prestadoras deste tipo de cuidados – os centros de saúde, como têm vindo a notar os trabalhos de Carapinheiro *et al* (Carapinheiro e Hespanha, 1997; Carapinheiro e Cortes, 2000 e Carapinheiro e Page, 2001). Estas unidades tendem a ocupar lugares periféricos ao hospital, num claro paradoxo entre a posição atribuída e a posição possuída.

2. Do Centro de Saúde à Unidade de Saúde Familiar

Os centros de saúde (CS) foram criados em 1971, pelo Decreto-Lei nº 413/1971, de 27 de Setembro – Lei Orgânica do Ministério da Saúde e Assistência – que, no seu Artigo 16º, ponto 2, enuncia o que deverá entender-se por cuidados primários (que incluem uma vasta lista de cuidados – da prevenção da doença à promoção da saúde, cuidados de tipo ambulatorio, de clínica geral, materno-infantil e de planeamento familiar, entre outros), e no Artigo 42º refere que “são serviços prestadores de cuidados primários os centros comunitários de saúde”. São os chamados “Centros de Saúde de Primeira Geração”.

Associados ao que então se entendia por saúde pública, o centro de saúde incluía actividades como vacinação, vigilância da saúde da grávida e da criança, saúde escolar e ambiental (Branco e Ramos, 2001). O tratamento da doença aguda e os cuidados curativos em geral ocupavam um espaço diminuto (Branco e Ramos, 2001), permanecendo em larga medida entregues aos postos clínicos dos Serviços Médico-Sociais (Simões, 2004; Simões e Dias, 2010). A existência de dois subsistemas dentro de um sistema, a funcionar de forma desligada, originou um ambiente de concorrência frontal entre os cerca de 300 centros de saúde e os 1700 postos dos Serviços Médico-Sociais, estes com mais de 700 mil médicos a prestar serviços em turnos de duas horas (Biscaia *et al*, 2008, 204).

Na prática, manteve-se a separação entre Centros de Saúde e Postos dos Serviços Médico-Sociais, pertencentes às Caixas de Previdência (Biscaia *et al* 2006). Pese embora esta

divisão entre a vertente preventiva e curativa, para Branco e Ramos (2001, 6) esta primeira geração de centros de saúde teve “um sucesso notável”, tomando em linha de conta a época e o contexto em que Portugal se encontrava. Um contexto descrito como:

“de desfavorecimento dos factores sócio-económicos e de saúde, a nível europeu, pela reduzida capacidade de financiamento dos serviços públicos de saúde, e pelo facto dos profissionais de saúde estarem sujeitos à sobreposição de ocupações, devido às limitações económicas” (OPSS, 2008, 101).

A publicação dos Decretos-Lei nº 413/1971 e 414/1971, de 27 de Setembro (este último que estabelece as carreiras profissionais para os trabalhadores que prestam serviço no Ministério da Saúde e Assistência) marca o início de política de investimento nos serviços de prevenção da doença e promoção da saúde, lança as bases dos cuidados de saúde primários em Portugal e de um movimento que irá levar à constituição do Serviço Nacional de Saúde (Biscaia *et al*, 2008, 201; Simões e Dias, 2010, 177). Neste sentido, estes dois diplomas representam um marco histórico na evolução da política de saúde em Portugal (Simões e Dias, 2010, 177).

Em 1983 são criados os centros de saúde integrados (Decreto-Lei nº 93/1983, de 22 de Abril), reunindo num só organismo os antigos centros de saúde e os ex-serviços médico-sociais, incluindo já o médico de Clínica Geral, cuja carreira havia sido criada em 1982. Estes CS são entidades sem personalidade jurídica, nem autonomia administrativa e financeira. Encontram-se dependentes das unidades administrativas que geriam os Serviços Médico-Sociais (SMS), cujo nome foi variando de "sedes distritais dos Serviços Médico-Sociais, para Administrações Regionais de Saúde e, mais tarde, para Sub-Regiões de Saúde". Estes aparelhos mantiveram as mesmas práticas de "comando-controlo de tipo burocrático-administrativo" (Biscaia *et al*, 2008, 205) que praticavam no tempo dos SMS.

A chamada “segunda geração” de centros de saúde herdou da antecessora as estruturas físicas, patrimoniais e humanas, dando origem a duas culturas organizacionais distintas (Branco e Ramos, 2001). E, embora tenha permitido a afirmação da identidade dos diferentes grupos profissionais, em particular dos médicos de clínica geral (Simões, 2004), o processo de integração originou dificuldades de relacionamento entre os médicos da “caixa”, provenientes dos antigos serviços médico-sociais, e os “novos” clínicos. Veloso (2000, 96), que considera que só em 1984 se consuma a transformação dos

antigos postos das “caixas” em centros de saúde, qualifica este processo de “prestidigitação”, que

“em muitos casos se limitou a substituir médicos com alguma experiência por jovens licenciados sem qualificação, que passaram a atender diariamente metade dos doentes e a auferir vencimentos duas a três vezes superiores” (Veloso, 2000, 96).

Na prática, dizem Branco e Ramos (2001), esta integração conduziu a uma maior racionalidade na prestação de cuidados, mas não conseguiu melhorar algumas das virtudes dos centros anteriores e terá contribuído para a insatisfação e exaustão dos seus profissionais. É este modelo de centro de saúde que se mantém até hoje (Biscaia *et al*, 2008), embora agora estas unidades estejam integradas nos Agrupamentos de Centros de Saúde.

No início dos anos noventa é publicada, logo em 1990, a Lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/1990 de 24 de Agosto), um diploma que, ao prever a celebração de acordos entre o Estado e entidades privadas para a prestação de cuidados de saúde, vem alterar a fronteira público/privado, a favor do privado, num traçado jurídico onde se reconhecem o funcionamento dos princípios da filosofia neo-liberal do Estado (Carapinheiro, 2006; OPSS, 2003). Reafirma-se que o sistema de saúde assenta nos cuidados de saúde primários, reservando-se a intervenção dos cuidados diferenciados para "as situações deles carecidos" (Base XIII, 1 e 2, da Lei nº 48/1990, de 24 de Agosto).

Em 1993 o novo Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (Decreto-Lei nº 11/1993, de 15 de Janeiro) vem reconhecer que a dicotomia entre cuidados de saúde primários e diferenciados se revelou não só incorrecta como foi geradora de disfunções organizativas. Além disso, a desarticulação inter-institucional e a periferalização do centro de saúde, algumas das principais obsolescências dos serviços de saúde, resultam desta visão dicotómica entre cuidados primários/secundários. Talvez por isto, Carapinheiro (2006) considera que estes dois diplomas reflectem e repetem a tendência hospitalocêntrica que já se notava nas políticas dos anos anteriores.

É ainda na década de noventa que o sector dos CSP experimenta um conjunto de projectos que visam fomentar a aplicação de novos modelos organizacionais: os projectos *Alfa*, o Regime Remuneratório Experimental e o Projecto “Tubo de Ensaio”. Todos têm

por base o princípio da afectação da remuneração a critérios de desempenho, reflexo da filosofia neo-liberal que se expandia pela administração da saúde em geral.

Os “Projectos Alfa” iniciam-se em 1996, na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, visando estimular soluções organizativas que, partindo da iniciativa dos profissionais, aproveitassem melhor os recursos existentes no centro de saúde (Biscaia *et al*, 2006). Ao desafio responderam 30 grupos e 21 iniciaram funções. Branco e Ramos (2001, 7) consideram que estes projectos “foram um primeiro impulso para descongelar o monólito burocrático do SNS e libertar as ideias e iniciativas já latentes no terreno”. Baseavam-se na constituição de uma equipa multiprofissional, com um compromisso de acção assente em dois princípios fundamentais: a acessibilidade e a qualidade dos cuidados.

Mas a criação de um subsistema diferenciado dentro dos serviços prestadores de cuidados de saúde primários comportava também algumas fraquezas, como a existência de desigualdades nos utentes entre as zonas abrangidas pelo projecto e as não aderentes, além da atracção e deslocação dos profissionais mais motivados e interessados para fora do centro de saúde (Conceição, *et al*, 2005). As avaliações destes projectos “permitiram argumentar e justificar a necessidade de novos modelos remuneratórios” (Conceição *et al*, 2005, 46), que possibilitem recompensar os que mais trabalham (Branco e Ramos, 2001). Os profissionais dos grupos Alfa aumentaram as listas de utentes, alargaram o horário de atendimento para darem resposta à população sem médico de família, criaram horários de trabalho para atendimento pós-laboral e consultas para situações urgentes no próprio dia (Conceição *et al*, 2005).

Na sequência desta experiência, surge o Regime Remuneratório Experimental (RRE) que virá a ser criado em 1998 para médicos da carreira de Clínica Geral (Decreto-Lei nº 117/1998 de 5 de Maio). É assim criado um modelo legal que faz depender uma parte da remuneração dos profissionais de critérios explícitos de desempenho, discriminando positivamente os médicos cuja actuação venha a gerar um aumento de acessibilidade dos doentes e uma melhoria nos serviços prestados (Miguel, 2010).

Neste mesmo ano, no Porto, é experimentado um outro modelo organizativo dos CSP, em tudo semelhante ao Regime Remuneratório Experimental. Designado de projecto “Tubo de Ensaio”, foi concretizado através de um protocolo realizado entre o Departamento de Clínica Geral da Faculdade de Medicina do Porto e a Administração Regional de Saúde

do Norte (ARSN). Neste projecto, o Departamento de Clínica Geral da Faculdade de Medicina do Porto comprometia-se a assegurar cuidados para 20 mil utentes e a realizar o ensino de estudantes internos de Medicina Geral e Familiar. A ARSN custeava os cuidados por uma “capitação” por cada pessoa inscrita (Hespanhol e Pinto, 2005b). O protocolo inicialmente estabelecido entre a ARSN e o Departamento de Clínica Geral definia que o valor compensatório era atribuído ao Departamento de Clínica Geral e não à remuneração dos trabalhadores. A implementação do projecto teve algumas vicissitudes, dado que o valor acordado não foi suficiente para suportar todos os encargos. Em 2002 o projecto é reformulado atribuindo um significativo aumento de capitação (Miguel, 2010).

Ao RRE aderiram alguns dos grupos do Projecto Alfa. O já citado estudo, realizado por Conceição *et al* (2005), procurou perceber as razões que levaram os Projectos Alfa a integrar, ou não integrar, o RRE e concluiu que, dos 10 grupos estudados, apenas quatro evoluíram para RRE. Entre as razões apontadas para a não adesão, salienta-se o escasso benefício remuneratório e a não integração de todos os elementos da equipa que constituía o Projecto Alfa. Como motivos de adesão surgem a cobertura legal para algo que já existia; a inovação do modelo remuneratório; e a expectativa dos profissionais verem aumentada a autonomia, entre outras (Conceição *et al*, 2005)⁸.

Em 2004 é criada uma Comissão de Acompanhamento e Avaliação do RRE (Despacho nº 5077/2004, de 13 de Março), para avaliar se a experiência RRE produziu os resultados esperados em matéria de melhoria da qualidade dos cuidados prestados e com o objectivo de produzir um relatório que permita concluir dar a experiência por “finda ou estendê-la” a todo o país. O relatório produzido concluiu que é um modelo que aumenta e melhora a oferta, induz maior produtividade e a menores custos, introduz maior racionalidade técnico-científica e uma utilização mais eficiente dos recursos. “Fez-se mais e fez-se melhor e a custos mais baixos” (Direcção Geral da Saúde, 2004, 115). E recomenda-se “a reformulação do RRE no sentido da sua adopção como modelo de organização dos cuidados de saúde primários a adoptar de forma mais generalizada”. Tal não virá a

⁸ Registe-se que o número total de Projectos Alfa implementados varia consoante as fontes consultadas. Branco e Ramos (2001, 7) e Biscaia *et al* (2008, 83) referem que 15 destes grupos iniciaram funções. Contudo no Relatório da Comissão de Acompanhamento e Avaliação (Direcção Geral da Saúde, 2004) foram avaliados 18 grupos RRE e o OPSS (2003, 72) afirma, no Relatório da Primavera de 2003, que se encontram em funcionamento 20 grupos.

acontecer no imediato, mas as actuais USF foram gizadas a partir do modelo do RRE, como veremos mais à frente, e os grupos que se encontravam em funcionamento em modelo RRE foram transformados em USF, das quais se diz serem a evolução natural.

Um ano antes da divulgação do Relatório da Comissão de Acompanhamento e Avaliação, o Relatório da Primavera pronunciava-se igualmente de maneira favorável sobre o RRE, afirmando: “é seguramente um exemplo de inovação no caminho certo” (OPSS, 2003, 72).

Estas experiências, diferentes nas lógicas organizacionais e nos modelos administrativos têm, contudo, duas características comuns que importa sublinhar: primeiro, são modelos pensados e definidos tendo como premissa a melhoria dos serviços médicos e as condições de trabalho dos médicos, (sem prejuízo de inclusão de outros profissionais) o que nos leva a questionar se não são, todos eles, modelos biomédicos de organização dos cuidados de saúde primários; segundo, fazem assentar toda a estratégia organizacional no princípio de discriminação compensatória em função do desempenho, criando um terreno *cultural* propício à introdução de lógicas de racionalização do trabalho. Daí que se questione se estes modelos, assentes na filosofia neo-liberal de mais produção, mais compensação/remuneração, não inauguraram um período de mercantilização dos cuidados de saúde primários?

Em 1999 são criados os “centros de saúde de terceira geração”, através do Decreto-Lei nº 157/99, de 10 de Maio. São atribuídas personalidade jurídica e autonomia administrativa e financeira de maiores dimensões a estes “novos” centros de saúde (Simões, 2004), permitindo uma maior adaptação da organização às especificidades das populações locais. Para estes “novos” centros de saúde é definida uma estrutura organizacional (no artigo 10º e seguintes do citado diploma) onde figuram já algumas das unidades orgânicas criadas pela actual reforma, como é o caso das unidades de saúde familiar, das unidades de cuidados na comunidade e uma unidade operativa de saúde pública. Sobre esta reorganização mostravam-se favoráveis Branco e Ramos (2001, 9):

“A reorganização estrutural prevista no Decreto-Lei nº 157/99 pode impulsionar uma nova postura e dinâmica dos centros de saúde, orientando-os para a sua missão na comunidade e para os tipos de intervenção e cuidados a assegurar. As unidades operativas propostas podem facilitar, consolidar e generalizar as boas experiências e as melhores práticas (...) Estão também na linha das tendências

verificáveis nos cuidados de saúde primários dos países desenvolvidos.”

No entanto, esta “terceira geração” dos centros de saúde nunca foi concretizada, “em parte devido às resistências, especialmente das SRS [Sub-Regiões de Saúde] que veriam o seu poder transferido para os próprios centros de saúde” (OPSS, 2008, 104). Cinco anos antes, em 2003, o OPSS (2003, 73) considerava que teria sido possível ao Ministério da Saúde compatibilizar a sua agenda política com os componentes técnicos mais importantes do projecto dos centros de saúde integrados, não desperdiçando "o capital de experiência e os conhecimentos acumulados", evitando assim dar a impressão de que esse trabalho lhe é indiferente.

Em 2003, o Decreto-Lei nº 60/2003, de 1 de Abril cria a Rede de Cuidados de Saúde Primários, integrando os centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS), as entidades do sector privado, com ou sem fins lucrativos e ainda profissionais ou agrupamentos de profissionais em regime liberal com quem sejam celebrados contratos, convenções ou acordos de cooperação (Decreto-Lei nº 60/2003, de 1 de Abril, art.º 1, ponto 2). Porém, na prática, a Rede de Cuidados de Saúde Primários nunca virá a ser implementada. Antes mesmo da publicação do Decreto-Lei já se havia originado uma "plataforma comum" de oposição à iniciativa legislativa por parte das entidades sindicais representativas das profissões do sector, em manifesta oposição às determinações legais nele contidas, em particular devido à introdução da figura do "médico assistente" e do contrato individual de trabalho (OPSS, 2003). A revogação deste diploma, pelo Decreto-Lei nº 88/2005, de 3 de Junho, será uma das primeiras medidas legislativas do novo ministro da saúde do XVII Governo Constitucional.

Como reconhece o OPSS (2008), têm sido várias as reformas ou tentativas de reforma dos CSP, sem que, todavia, tenham tido o sucesso esperado. As políticas para os CSP “apresentam falhas ao nível dos seus modelos de gestão e organização, o que tem tido consequências negativas, não só em termos de prestação de cuidados mas, e sobretudo, a um nível mais macro, que incide sobre a evolução do sistema de saúde” (OPSS, 2008, 105). Ainda assim, em 2005 inicia-se mais uma reforma da saúde, cuja chave directriz são os CSP, objecto da maior transformação com a implementação das USF (European Observatory on Health Systems and Policies, 2007).

Chegados aqui na evolução cronológica das políticas de saúde, somos também chegados a

um dos nossos vectores de análise: a reforma e as mudanças por ela introduzidas ou em curso, pelo que se torna imperioso mapear as principais linhas políticas preconizadas pelo governo e o quadro legal que sustentará a concretização da reforma no terreno. No programa do XVII governo constitucional, no capítulo respeitante à saúde afirma-se que “os cuidados de saúde primários são o pilar central do sistema de saúde”. A reforma, chamada de “A Reinvenção dos Cuidados de Saúde Primários”, reafirma a centralidade dos cuidados primários e preconiza a reestruturação do centro de saúde através da criação de Unidades de Saúde Familiares (USF).

Em 2005, com a entrada em funções do novo governo, o então ministro Correia de Campos encetou a reforma dos serviços de saúde. Fê-lo, virá a dizer mais tarde, por sentir não poder por mais tempo continuar na irracionalidade do passado (Campos, 2008). No livro que publica seis meses após ter abandonado o cargo de Ministro, Correia de Campos conta o que fez, porque o fez e como o fez. Diz ter começado por uma caracterização sumária dos recursos e do desempenho do sector dos cuidados primários e ter concluído que “face a esta situação, havia mesmo necessidade de uma grande reforma” (Campos, 2008, 91). Uma das primeiras medidas para a implementação desta “grande reforma” foi a criação de um Grupo Técnico para a Reforma dos CSP (Resolução do Conselho de Ministros nº 86/2005, de 27 de Abril) e, na sequência deste a Missão para os Cuidados de Saúde Primários (Resolução do Conselho de Ministros nº 157/2005, de 12 de Outubro), entidade que coordenará e supervisionará o processo de implementação da reforma⁹, o que nas palavras de Biscaia (2006b, 73) representa entregar a missão de mudança “a profissionais do terreno”. E Correia de Campos virá a reconhecer que as USF.

“não foram invenção de nenhum governo, são um produto da inteligência, experiência e não-resignação de um conjunto de médicos de família. Partiu de alguns deles o conceito, o desenho, a flexibilidade do modelo, a forma de implantação e até a antevisão dos obstáculos” (Campos, 2008, 92).

⁹ A MCSP verá os mandatos sucessivamente renovados (primeiro pela Resolução do Conselho de Ministros nº 60/2007, de 12 de Abril e, posteriormente pela Resolução do Conselho de Ministros nº 45/2009, de 29 de Maio), terminando funções em 13 de Abril de 2010. A partir desta data, a tutela considerou que se entrara numa segunda etapa da reforma, para a qual foram criadas as seguintes estruturas: coordenação nacional; coordenação estratégica; conselho consultivo, com funções discriminadas na Nota Informativa sobre o Novo Modelo de governação (Ministério da saúde, s/d).

Em 2006 é publicado o Despacho Normativo nº 9/2006, de 16 de Fevereiro para “regulamentar os termos e os procedimentos conducentes ao lançamento e implementação das USF”. Segundo este diploma, as USF assentam em “equipas multiprofissionais, constituídas por médicos, enfermeiros, administrativos e outros profissionais de saúde”. Têm autonomia organizativa, técnica e funcional e estão integradas em rede com outras unidades funcionais do centro de saúde. Neste Despacho diz-se ainda que as candidaturas são feitas sob apresentação voluntária dos profissionais à Missão para os Cuidados de Saúde Primários.

Em 2007 é publicado o Decreto-Lei nº 298/2007, de 22 de Agosto, que estabelece o regime jurídico de organização e funcionamento das USF e o regime de incentivos a atribuir aos seus elementos, onde se reafirma que a reforma dos CSP é um “factor chave de modernização” levada a cabo com o objectivo de “recentrar o sistema de saúde nos CSP”. Salienta-se, ainda, que um estudo recente¹⁰ concluiu que um modelo organizativo semelhante ao do RRE permitirá “consideráveis reduções de custos”, já que:

“equipas multi-profissionais motivadas, portadoras de uma cultura de responsabilização partilhada, com práticas cimentadas na reflexão crítica e na confiança recíproca, constituem o principal activo e a mais-valia estratégica das USF e, consequentemente são os intérpretes mais qualificados para conduzir a reforma dos CSP” (Decreto-Lei nº 298/2007, de 22 de Agosto).

O governo deixa, assim, bem claro o reconhecimento da importância dos CSP no sistema global de cuidados de saúde e atribui às USF um papel central na reforma que pretende implementar. A este desiderato responderam os profissionais, na fase inicial (até Maio de 2006 tinham dado entrada 101 candidaturas na MCSP) com mais de 100 candidaturas, número que deixava o então ministro Correia de Campos agradavelmente satisfeito: “100 era a meta mínima. Agora... se chegarmos ao final do ano com 300, muito melhor! Tomáramos nós ter 300” (Jornal Médico de Família, 2006, 6).

Em 2007, o Relatório da Primavera do OPSS chamava precisamente a atenção para a escassez de candidaturas (particularmente na faixa interior do país) e para a morosidade nos processos de homologação, fazendo o seguinte balanço: “a meta das 100 USF até

¹⁰ Trata-se do estudo “Análise dos Custos do Centro de Saúde e do RRE” (Grupo de Trabalho da Associação Portuguesa de Economia da Saúde, s/d).

Dezembro de 2006 não foi cumprida (...), e o compromisso de, até 31 de Março, se publicar a lei dos novos centros de saúde não aconteceu (OPSS, 2007, 74).

Em Agosto de 2008 o número almejado por Correia de Campos, de 300 USF, ainda não tinha sido atingido. Mais de dois anos após o a abertura das candidaturas, o número de USF estava muito aquém do desejado. Em 6 de Agosto do mesmo ano, a página electrónica da MCSP dava conta de 242 processos de candidatura entregues, 181 aceites, 150 aprovados e 141 USF em funcionamento.

O Relatório da Primavera (OPSS, 2008, 135) vem novamente chamar a atenção, em Junho de 2008, para a forma incongruente de abertura das USF, sublinhando que esta “inconsistência não é saudável para um bom desenvolvimento da reforma”.

As USF têm por missão a prestação de cuidados de saúde personalizados à população de uma determinada área geográfica, assente num plano de acção do qual consta o compromisso assistencial, formalizado anualmente entre o coordenador da USF e o centro de saúde, os objectivos, os indicadores e metas a atingir nas áreas de acessibilidade, desempenho assistencial, qualidade e eficiência (Decreto-Lei nº 298/2007, de 22 de Agosto, art.º 6º).

Aos profissionais aplica-se um regime de suplementos, associado à lista de utentes ponderada, quanto às suas características, contratualização anual de actividades específicas de vigilância a utentes mais vulneráveis ou de risco. A concepção política destas unidades é objecto de análise mais pormenorizada no Capítulo II da Parte II.

Os centros de saúde são também objecto de reestruturação. Haverá diminuição das estruturas administrativas, introdução de um novo modelo de gestão e a organização de serviços de suporte. Para Luís Pisco, à época, coordenador da MCSP, se 2006 foi o ano das unidades de saúde familiar, 2007 é o ano dos centros de saúde” (MCSP, 2006).

E será em 2007 que a Unidade de Missão para os Cuidados de Saúde Primários produz um documento intitulado “Proposta para a Reconfiguração dos Centros de Saúde” onde apresenta recomendações pormenorizadas sobre a reorganização dos CS, e defende que a marca “Centro de Saúde” deve ser capitalizada em termos do seu valor social e que este continuará a ser o ponto de contacto privilegiado do cidadão com os CSP. Para tal, o processo de reestruturação deverá obedecer a um duplo movimento: a constituição de

pequenas equipas em unidades funcionais autónomas e prestadoras de cuidados de saúde às populações e a agregação de recursos e estruturas de gestão (MCSP, 2007). Ao resultado do agrupamento e das estruturas dos actuais CS atribuem a designação de Agrupamentos dos Centros de Saúde (ACES)¹¹, criados com base em critérios de ordem demográfica e geográfica.

Mas só em 2008 é publicado o Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de Fevereiro que cria os Agrupamentos de Centros de Saúde em moldes e princípios semelhantes aos das recomendações propostas pela MCSP. Os ACES são definidos como serviços de saúde, com autonomia administrativa, que agrupam um ou mais centros de saúde em função de critérios geodemográficos e integram várias unidades funcionais: a Unidade de Saúde Familiar; a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, a Unidade de Cuidados na Comunidade, a Unidade de Saúde Pública, a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados ou outras propostas pela ARS, IP. A estrutura hierárquico-administrativa é constituída pelo director executivo (designado pelo governo), o conselho executivo (composto pelo director executivo, o presidente do conselho clínico e o presidente do conselho da comunidade), o conselho clínico (presidido por um médico de MGF) e o conselho da comunidade (composto por um conjunto de elementos representantes dos organismos locais – câmara municipal, segurança social, escolas, instituições particulares de solidariedade social, entre outros. Afirma-se ainda que este Decreto-Lei “possa, finalmente, dar estabilidade à organização de prestação de cuidados de saúde primários, permitindo uma gestão rigorosa, equilibrada (...) e, acima de tudo, prevê-se a melhoria no acesso aos cuidados de saúde (Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de Fevereiro).

Sobre a implementação da reforma, o Relatório da Primavera de 2008 (OPSS, 2008, 134) refere que

“ao longo do ano de 2007 assistimos pela parte do Ministério da Saúde, traduzido na actividade da MCSP, a um empenho na criação de mais USF, o que é de valorizar, tendo em consideração o modelo organizacional em causa, o processo de contratualização em curso e o potencial de resultados esperados. Assistimos também ao desenvolvimento do quadro legislativo de apoio aos

¹¹ A sigla vulgarmente mais utilizada é ACES, que, embora não correspondendo às iniciais da designação “Agrupamento de Centros de Saúde”, apresenta maior facilidade de pronúncia na linguagem oral, surgindo sob esta forma em diversa literatura, incluindo no próprio Decreto-Lei nº 28/2008. Neste trabalho adoptamos a designação ACES.

vários modelos de USF previstos e à preparação legislativa dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES).

É reconhecido ainda pelo Observatório dos Sistemas de Saúde o esforço desenvolvido pela MCSP no sentido de proporcionar formação aos elementos que constituem as USF e aos futuros quadros dirigentes dos ACES, bem como os passos importantes na área dos sistemas de informação. No entanto, o mesmo Relatório critica a publicação tardia do Decreto-Lei n.º 28/2008 que regulamenta a criação dos ACES. “Na realidade, apesar da importância desta peça para a concretização da reforma dos cuidados de saúde primários, surge apenas dois anos e cinco meses após a constituição da MCSP (OPSS, 2008, 137). E acrescenta ainda

“passados quatro meses da publicação do Decreto-Lei n.º 28/2008, pouco se conhece sobre o processo de constituição dos ACES, para além de que deverão ser constituídos cerca de 74 ACES no território continental e da apresentação dos mapas regionais publicados na imprensa da especialidade” (OPSS, 2008, 139).

O impasse manteve-se ao longo de todo o ano de 2008 e prolongou-se pelos primeiros meses de 2009. Em final de 2008 e princípio de 2009 começaram a ser conhecidos os nomes dos directores nomeados (através do site do Jornal Médico de Família que ia mantendo actualizada a lista das nomeações). Contudo, no terreno, os ACES continuavam por concretizar. Facto que teve consequências importantes no CS em estudo, como veremos no Capítulo IV.

A 2 de Abril de 2009 foram empossados os directores executivos dos ACES, momento em que os mesmos assinaram a carta de Missão, um documento onde se reafirmam os princípios que presidem à criação dos ACES e os directores executivos assumem um conjunto de objectivos e princípios orientadores das acções para o ano de 2009.

3. Cuidados de Saúde Primários: de Alma-Ata à actualidade

Ao longo do século XX os progressos da medicina surgem associados ao hospital, ao recurso a dispositivos tecnológicos cada vez mais sofisticados e ao desenvolvimento das especialidades médicas. Os hospitais são lugares privilegiados para o exercício da

medicina e a imagem amplamente dominante dos cuidados de saúde (Sakellarides, 2001). Mas na segunda metade deste século um conjunto diverso de factores desencadeia um movimento de novas abordagens para a saúde e novas propostas para a organização dos serviços prestadores de cuidados.

Por um lado, os serviços curativos tornam-se cada vez mais dispendiosos – dada a introdução e generalização das tecnologias; por outro lado questiona-se a eficácia dos actos médicos. Illich (1975), no seu ensaio sobre os *Limites para a Medicina*, vem chamar atenção para os efeitos iatrogénicos da medicina. O termo é largamente usado ao longo da obra com diversas finalidades: para referir as consequências indesejáveis da intervenção clínica, dos medicamentos, dos médicos e dos hospitais, tanto a nível do indivíduo como a nível social. Na sua aceção social do conceito, Illich coloca a ênfase nos elevados custos da medicina hospitalar – a que chama de medicalização do orçamento – em grande parte devido à invasão farmacêutica, uma indústria em grande expansão devido à intensa prescrição medicamentosa feita pelos médicos.

A obra apresenta um conjunto de considerações sobre a prática e organização médicas, questiona o papel da medicina nas sociedades modernas e afirma a sua impotência quanto à redução da morbilidade global. Inicia (e desencadeia?) um período em que se repensam e reformulam conceitos de saúde e de doença, modelos de cuidados de saúde e os progressos científicos. Se, por um lado, se reconhecem os inúmeros progressos médicos, e que tal contribuiu largamente para a melhoria da saúde humana, por outro lado, admite-se que não foram capazes de tratar outras tantas doenças, nomeadamente aquelas que viriam a contribuir para a alteração do padrão de morbilidade – as doenças crónicas e psicológicas. Na realidade, resultado da transição epidemiológica, o tipo de cuidados de saúde alterou-se qualitativa e quantitativamente, tornando evidente a inadequação de serviços de elevada complexidade a que corresponde uma crescente especialização e sub-especialização na área dos cuidados de saúde. Este conjunto de factores e a constatação da complexidade humana fez-nos compreender a necessidade de um novo modelo para a saúde (Macdonald, 1993; Boerma, 2006).

O grande impulso para a introdução de novos conceitos para a saúde ocorre com a conferência de Alma-Ata, sobre cuidados de saúde primários, realizada a 12 de Setembro de 1978, no Casaquistão, URSS. Esta conferência reconhece não só a importância destes

cuidados, como a necessidade de se constituírem como o pilar fundamental de qualquer sistema de saúde. “O seu sentido como filosofia emancipadora e de democratização da saúde é iniludível e continua a ser de grande actualidade” (Sakellarides 2001, 102), sendo frequentemente, reconhecida como um marco importante na reconceptualização dos sistemas de saúde (Macdonald, 1993; Boerma, 2006; Smith e Mays, 2007; OMS, 2008).

Macdonald (1993), na sua obra *Primary Health Care: medicine in its place*, analisa amplamente a situação dos cuidados médicos (primários, enquanto modelo emergente, e secundários, enquanto modelo dominante e em estado de falência) nos países ocidentais e do terceiro mundo. Considera a declaração de Alma-Ata como um marco de viragem no *status quo* da organização dos cuidados de saúde nos países ocidentais, onde, diz, o domínio e o poder conquistado pelos médicos, ao longo do século XX, têm evitado o seu questionamento, o que é visível, por exemplo, na forma como os doentes aceitam as decisões médicas sem as questionar. Todavia, a falência do modelo médico tornou-se evidente nos últimos 30 ou 40 anos¹², tendo-se transformado num obstáculo à mudança nos sistemas de cuidados.

Macdonald (1993) dedica um capítulo, a que chama de “O modelo médico como obstáculo”, à discussão das limitações desta filosofia de cuidados. Considera que uma das razões do fracasso da medicina curativa foi a difusão da analogia do corpo a uma máquina e do médico a um engenheiro, sendo, por isto, incapaz de responder à complexidade humana. Ao focar-se essencialmente nas dimensões de tratamento e cura, perspectiva a doença como uma entidade objectiva. O corpo é visto como uma máquina complexa ou a combinação de várias máquinas, capazes de serem compreendidas pela inspecção microscópica. Mas esta assumpção provou ser falsa, conclui. Este modelo de “engenharia médica” ignora as dimensões sociais influentes nos estados de doença. “É uma visão de túnel que precisa de ser alargada” (Macdonald, 1993, 34).

¹² Para Macdonald o sistema médico do século XX falhou não só nos países ocidentais, como enquanto modelo que foi seguido nos países do terceiro mundo. Por muitos lados vigorou o princípio “west is best”, mas este modelo mostrou-se desadequado às necessidades de saúde das populações. O maior erro ocorre quando se investe em tecnologia para cuidados secundários e terciários, quando a maioria das doenças poderia ser tratada com cuidados ao nível da comunidade (Macdonald, 1993, 19).

É neste contexto que surge um movimento em prol da saúde comunitária e se preconiza que a mudança deve ser no sentido de incluir os CSP na base de todos os sistemas de cuidados. O conceito CSP pretende representar mais do que uma nova abordagem aos cuidados de saúde. Coloca a ênfase na promoção da saúde e na articulação entre os profissionais de saúde e a comunidade. São cuidados generalistas prestados por profissionais formados para estabelecerem um primeiro contacto com os cidadãos e com eles manterem uma relação de continuidade, satisfazendo todas as necessidades de cuidados (Mechanic, 1983).

A principal diferença entre cuidados primários e especializados não está no “que se faz”, mas na “forma como se faz” (Mechanic, 1983, 411). Associado a estes conceitos entra igualmente em voga a defesa de uma medicina holística por oposição ao modelo biomédico, cada vez mais identificado como uma visão da doença reduzida ao funcionamento biológico dos órgãos. É a redescoberta do ser humano e dos aspectos sociais e culturais da saúde da doença (Mauksch, 1976).

Embora por vezes descritos como periféricos ao sistema de saúde, os cuidados primários são muito mais do que um complemento aos serviços de saúde e muito mais do que cuidados médicos. São uma reorientação dos serviços de saúde, em torno das necessidades das populações. Esta reorientação terá grandes consequências na afectação dos recursos, nas prioridades, no planeamento e nas atitudes dos profissionais e mudará a maneira como se pensam e se praticam no mundo os cuidados de saúde (Macdonald, 1993). Na opinião do autor, a partir de Alma-Ata é possível perspectivar um novo modelo de cuidados de saúde com significado mundial.

Actualmente, existe um considerável acordo, especialmente nas organizações internacionais e no meio académico e político, de que um sistema de CSP forte é determinante para a eficiência dos sistemas de saúde e representa a resolução de muitos dos problemas de continuidade de resposta dos serviços (Boerma, 2006, 15).

Partindo da consideração de que a declaração de Alma-Ata representa uma nova era para os cuidados de saúde, Macdonald (1993, 55 – 71) coloca em análise o conteúdo desta declaração, confrontando os aspectos essenciais ali apresentados com uma abordagem da situação dos sistemas de saúde nos países desenvolvidos e do terceiro mundo, num exercício de enunciação crítica das desvantagens e *equivocos* do pensamento médico

tradicional e as potencialidades do modelo proposto. Sobre o que considera ser o primeiro pilar da declaração – “saúde para todos” – que significa, concomitantemente, um sistema de cuidados justo e equitativo, Macdonald sublinha que muito do que é oferecido pelo sistema de cuidados é inacessível para a maioria das populações.

O sistema curativo baseado no hospital, está, invariavelmente, localizado no tecido urbano, com acesso difícil para muitas pessoas, além de que a proximidade física não significa, por si só, acesso fácil, porque constrangimentos económicos impõem restrições de acesso. A implementação de uma política de CSP, tal como é recomendada pela declaração de Alma-Ata, no seu ponto VI, onde se diz que “os CSP são (...) colocados ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade (...) devendo ser levados o mais próximo possível dos lugares onde as pessoas vivem e trabalham (...)” (Declaração de Alma-Ata, 1978), virá a alterar esta situação.

“A prevenção é melhor que a cura” (Macdonald, 1993, 64), mas na realidade os serviços têm estado centrados no tratamento. São mais reactivos do que proactivos. Mesmo quando adoptam estratégias de prevenção, partem da convicção de que estas consistem na vacinação contra a doença. Não existindo dúvidas sobre a importância das campanhas de vacinação, os seus efeitos são limitados, como é bem evidenciado pela doença SIDA. Um programa de prevenção deve focar-se nos factores sociais da doença, ou seja, naquilo que o autor designa por outros círculos de causalidade.

Outro pilar da proposta de Alma-Acta é o do envolvimento e da participação das populações nos serviços de saúde, promovendo a participação da comunidade no planeamento e organização dos sistemas de cuidados, onde deverão colaborar médicos, enfermeiros, membros da comunidade, bem como terapeutas tradicionais. Mas o que tem caracterizado a medicina ao longo do último século é a atribuição do lugar central à figura do médico em toda a cadeia do processo de tratamento, encorajando-se uma atitude de passividade nos pacientes e na comunidade.

A ideia-chave desta declaração é a de que os CSP representam um importante factor de desenvolvimento humano. No ponto III afirma-se que a promoção e a protecção da saúde são essenciais para o desenvolvimento económico e social das sociedades e contribuem para a melhoria de vida e para a paz mundial (Declaração de Alma-Ata, 1978) Esta é uma nova perspectiva, a que Macdonald chama de macroscópica – uma abordagem holística,

que só poderá ser implementada através de uma permanente articulação intersectorial.

Outras conferências se seguiram a Alma-Ata: em 1986, a 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (em Ottawa, Canadá) da qual resulta a “Carta de Ottawa”, onde se reconhece partir dos progressos decorrentes de Alma-Ata, e se procura dar “resposta às expectativas para se criar um novo movimento de Saúde Pública a nível mundial” (Carta de Ottawa, 1986). Nos anos seguintes, tiveram lugar mais cinco Conferências sobre Promoção da Saúde¹³, todas partindo dos alicerces lançados por Alma-Ata, já que foi esta a primeira grande conferência internacional a defender os CSP como principal estratégia para se obter “saúde para todos”.

A última Conferência Internacional realizou-se em Burkina Faso, de 28 a 30 de Abril de 2008, da qual resultou a Declaração de Ouagadougou. Nela se reafirma os princípios de Alma-Ata e se exprime a necessidade de os Estados-Membros e das comunidades acelerarem as medidas destinadas a melhorar a saúde das populações. Reconhece que desde Alma-Ata foram feitos progressos em muitos países na erradicação e eliminação de várias doenças, mas afirma, igualmente, a necessidade de se desenvolverem estratégias para se alcançarem os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio¹⁴ – uma abordagem centrada nos cuidados de saúde primários tornará possível a consecução dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (Declaração de Ouagadougou, 2008). A Declaração exorta ainda os Estados-Membros a actualizarem as suas estratégias e planos nacionais de acordo com a abordagem dos CSP.

Também a Carta Europeia dos Sistemas de Saúde, que resultou da Conferência Ministerial Europeia da Organização Mundial de Saúde¹⁵, vem reconhecer que os CSP são essenciais para a promoção da saúde e deverão criar uma plataforma de interface com

¹³ Em 1988 realizou-se a 2ª Conferência, em Adelaide, Austrália; em 1991 teve lugar em Sundsvall, Suécia, a 3ª Conferência; em 1997, a 4ª, em Jacarta, República da Indonésia; em 2000, a 5ª, na Cidade do México; e em 2005, a 6ª, em Bangucoque, na Tailândia.

¹⁴ Estes objectivos constam da Declaração do Milénio, adoptada em 2000 pelos 189 Estados-Membros da Assembleia Geral das Nações Unidas. Todos os objectivos aí propostos estão relacionados com a saúde das populações, mas os objectivos 4, 5 e 6 visam expressamente a melhoria da saúde: “reduzir a mortalidade infantil”; “melhorar a saúde materna” e “combater o HIV/SIDA, a malária e outras doenças” (Declaração do Milénio, 2000).

¹⁵ Esta Conferência, da qual Portugal fez parte, decorreu em Taillan, na Estónia, entre 24 e 27 de Junho de 2008.

os restantes serviços de saúde, as comunidades e as famílias, constituindo-se como um espaço intersectorial e interprofissional de cooperação e promoção da saúde (Carta Europeia dos Sistemas de Saúde, 2008).

Ainda no ano de 2008, a OMS produz um relatório, intitulado “Primary Health Care: now more than ever” (OMS, 2008), onde analisa a evolução dos CSP nos últimos anos e sublinha a necessidade de se implementarem medidas reforçadoras e renovadoras destes cuidados. “Porquê renovar os CSP? E porquê agora mais do que nunca?” – questiona o documento logo na introdução. Porque a globalização está a afectar a coesão social e os sistemas de saúde – elementos fundamentais da estrutura da sociedade – não funcionam como deveriam e evoluíram em moldes que pouco têm contribuído para a equidade e a justiça social (OMS, 2008, XI – XXI). Isto porque o modelo curativo tem imperado na organização dos cuidados de saúde. As tendências hospitalocêntricas, voltadas para a intervenção terciária, caracterizam muitos dos sistemas de saúde, e são uma causa importante da ineficácia e das desigualdades na saúde. Além disto, o hospitalocentrismo acarreta custos elevados em medicalização desnecessária e iatrogenia e compromete as dimensões humanas e sociais da saúde. Pese embora este facto, o relatório reconhece igualmente a dificuldade apresentada pelos países em contrariar estas tendências, dificuldade esta bem ilustrada na evolução do número de especialistas das áreas hospitalares por oposição aos médicos “generalistas”¹⁶.

Está, por isto, na hora de reforçar os CSP, sector onde se “combina, de forma segura, eficaz e socialmente produtiva, a promoção e a prevenção, os cuidados e a assistência, unindo-os num ponto de intercepção entre a população e o sistema de saúde” (OMS, 2008, 43). Numa altura em que a necessidade maior é a de adaptar os serviços de saúde às especificidades de cada comunidade, e à situação individual de cada um, os serviços têm que dar prioridade às pessoas (OMS, 2008, 44). Porque cada sujeito experimenta e reage à doença de forma particular, os profissionais de saúde devem ser capazes de dar respostas adequadas a cada um, compreendendo-o de forma holística: “os seus problemas físicos, emocionais e sociais, o seu passado e o seu futuro e as realidades do mundo em que vive (OMS, 2008, 48).”

¹⁶ O Relatório cita, como exemplo, dados dos países da OCDE: em 15 anos, de 1990 a 2005, o número de especialistas hospitalares aumentou quase 50% e o número de generalistas aumentou 20% (OMS, 2008, 12).

É esta perspectiva global da pessoa, atenta ao contexto familiar e comunitário, que deve ser disponibilizada nos CSP, onde se deve oferecer “uma ampla gama de serviços integrados: o curativo, o diagnóstico, a reabilitação e os cuidados paliativos (OMS, 2008, 53).” Em contraste com os modelos assistenciais convencionais, os CSP devem incluir

“a prevenção e a promoção, assim como intervenções centradas nos problemas de saúde a nível local. Uma relação directa e duradoura entre o médico e os membros da comunidade é essencial para poder atender ao contexto pessoal e social dos doentes e suas famílias, garantindo a continuidade ao longo do tempo” (OMS, 2008, 55).

Ao longo do vasto do documento ficam bem patentes dois aspectos: por um lado, que os valores da Alma-Ata nem sempre se traduziram numa transformação efectiva dos sistemas de saúde e que estes permanecem maioritariamente hospitalocêntricos e, por outro lado, que "agora mais do que nunca", é necessário mudar a sua orientação, e essa mudança, inequivocamente, consiste em atribuir o lugar de centralidade na estrutura global dos sistemas aos cuidados de saúde primários.

Boerma (2006, 3-7) identifica alguns dos disfuncionamentos dos sistemas de saúde. Para o autor, se nas décadas de setenta e oitenta houve um movimento dos países para tornar os serviços de saúde mais eficientes, algumas décadas depois uma insuficiente coordenação e coerência nos sistemas é responsável pela resposta desadequada às necessidades das populações. O "problema" está no crescimento de subgrupos de pessoas, como por exemplo, o aumento dos doentes crónicos, bem como a transição epidemiológica, que levaram a que as necessidades de saúde se tivessem modificado nos últimos anos, quantitativa e qualitativamente. Largas parcelas da população sofrem a doença durante mais tempo e necessitam de cuidados mais variados.

A inadequação e desarticulação dos sistemas de saúde resultam não só em mais necessidades, mas também em tratamentos desnecessários, medicalização e outras ameaças à segurança dos doentes. Os problemas de coordenação têm vários interfaces: entre cuidados primários e secundários; entre cuidados curativos e os serviços de saúde pública e entre os especialistas dos vários subsectores. Colocando em perspectiva a integração do sistema de cuidados, percebe-se que os objectivos nem sempre são atingidos. A falta de comunicação/articulação entre os cuidados primários e os hospitais está bem documentada em muitos sistemas de saúde ao longo de décadas e, muitas vezes,

um e outro subsistema são mundos à parte. Remover estas barreiras, por exemplo criando incentivos para as equipas profissionais, pode melhorar a qualidade do trabalho mas não será suficiente para fazer aumentar os níveis de coordenação entre os sectores prestadores (Boerma, 2006, 5).

Os problemas de inter-articulação entre sistemas prestadores de cuidados primários e secundários são comuns à maioria dos países, mas não têm impedido que se continue a reafirmar a importância dos CSP. Aliás, no ano em que se completam três décadas sobre a realização da Conferência de Alma-Ata, a Conferência de Ouagadougou, bem como os representantes ministeriais para a saúde, continuam a reconhecer os CSP como a abordagem mais adequada para o desenvolvimento de sistemas de saúde equitativos e eficazes na prestação de cuidados aos cidadãos. E a OMS reitera a necessidade, "agora mais do que nunca", de estes se constituírem, efectivamente, como o pilar estruturador da rede de serviços de saúde. Porém, nem sempre a latitude do conceito que Alma-Ata preconizava se concretizou numa mudança efectiva das práticas de cuidados. Assim também terá acontecido em Portugal, onde a ênfase na importância dos CSP é ainda anterior a Alma-Ata, mas onde a realidade organizacional tende a manter-se alicerçada na medicina hospitalar.

Para Biscaia *et al* (2006 e 2010) a emergência dos CSP em Portugal ocorre em 1968 com a "Primavera Marcelista", um período caracterizado por alguma abertura do regime que permitirá mudanças nos serviços de saúde. É criado o sistema de ADSE¹⁷ para os funcionários públicos e alargam-se os serviços das Caixas de Previdência ao meio rural. Contudo será em 1971, com a introdução do CS, que nasce o conceito de cuidados de saúde primários (Simões e Dias, 2010, 178) e se reconhece o papel fulcral deste tipo de cuidados e se configura uma política de saúde que vai de encontro às posteriores orientações de Alma-Ata. A partir daí os diversos dispositivos político-legais preconizam uma política de saúde centrada nos CSP, sendo estes considerados como um elemento-chave e a base do Serviço Nacional de Saúde. Esta é, claramente, a grande linha teórica que atravessa os discursos de diferentes órgãos e responsáveis políticos ao longo das últimas décadas.

¹⁷ O sistema ADSE foi criado em 1963, para a "Assistência na Doença aos Servidores Civis do Estado". A designação foi posteriormente alterada para "Direcção-Geral de Protecção Social aos Funcionários e agentes da Administração Pública (<http://www.adse.pt>).

Esta valorização e defesa da função primordial dos CSP é também a tónica dominante dos documentos oficiais. No Plano Nacional da Saúde 2004-2010, afirma-se a função do sector dos cuidados primários como “fio condutor” para a obtenção de ganhos em saúde, “orientado pela promoção da saúde e pela prevenção da doença” e no capítulo respeitante aos CSP reconhece existir um número significativo de portugueses sem médico de família, bem como a insuficiências em vários domínios nos CS:

“pouca participação dos cidadãos na vida dos CS, ausência de sistema de informação adequados, necessidade de descentralização/desconcentração, necessidade de diversificação público/privado e a necessidade de prestar formação aos profissionais devidamente adequada aos CSP” (Ministério da Saúde, 2004, 153).

Reconhece, ainda, que é nos CS que mais se tem evoluído em termos de uma cultura de rigor e de avaliação de qualidade e propõe uma maior participação do cidadão na vida dos CS.

O Plano Nacional da Saúde para 2011-2016, neste momento ainda em fase de discussão pública, tem, no entanto, já definido o reconhecimento pela primazia dos CSP, como cuidados de continuidade, proximidade e transversalidade (Plano Nacional da Saúde, s/d).

O âmbito e a aplicação do conceito de CSP têm evoluído com o tempo, mas no essencial mantém-se a ênfase na sua função de porta de entrada dos cidadãos nos sistemas de saúde, de proximidade com as comunidades e nas actividades de prevenção da doença. Além destas funções, é ainda reconhecido que os CSP são a base do Sistema Nacional de Saúde e constituem parte integrante do desenvolvimento económico e social da comunidade (Biscaia *et al.*, 2006, 23).

Os CSP são ainda definidos como cuidados de proximidade, de primeiro contacto das estruturas de saúde com os cidadãos, e são praticados numa vertente holística. Estão disponíveis e acessíveis quando necessários e acompanham, global e longitudinalmente, todo o processo de saúde-doença. Orientam-se para a promoção da auto-responsabilização e autonomia dos cidadãos nas suas decisões e acções, coordenando, sempre que necessário, as suas interacções com outras estruturas ou profissionais de saúde (Biscaia *et al.*, 2006, 21).

Assim, este tipo de cuidados tem marcado presença nos discursos políticos, onde são

sempre mencionados como a base do sistema e a prioridade política. Porém, como afirmam Branco e Ramos (2001), os números evidenciam tendências contrárias: os recursos humanos cresceram muito mais no hospital do que nos CSP e a afectação de recursos financeiros é inferior ao investimento que é canalizado para o hospital. Como podem, então, os CSP assumir e desempenhar o papel primordial que lhe está atribuído? Esta discrepância entre a atenção ideológica de que têm sido objecto, a importância reconhecida e a simbólica (e real) marginalização a que estão votados constitui um dos vectores de análise que iremos desenvolver ao longo deste trabalho.

4. O (re)surgimento da clínica geral

No século XIX surgiu, no Reino Unido, a figura do *general practitioner*, um novo tipo de agente de saúde que tendo cumprido os estudos se encontrava licenciado para exercer pelos três colégios reais – o dos médicos, o dos cirurgiões e o dos farmacêuticos, encontrando-se, assim, habilitado para fazer tudo o que era necessário e possível para diagnosticar e tratar dos doentes (Pinto, 1996, 284). Surge assim o clínico geral¹⁸, figura que ficará associada à de médico de periferia, que, com maior ou menor desenvoltura, procurava resolver todos os problemas da saúde e aliviar o sofrimento dos seus doentes.

Os clínicos gerais deixaram atrás de si um rasto de “simpatia e prestígio” (Veloso, 2000,

¹⁸ Como veremos, existem diferentes designações para este profissional. Pela análise documental que realizámos, pudemos constatar que a expressão “clínico geral” era mais frequentemente utilizada no período de emergência deste grupo profissional, tendo vindo a ser progressivamente substituída pela designação “médico de família”, mudança que acompanhou, de resto, a alteração da especialidade de clínica geral para medicina geral e familiar. Note-se, todavia, que o principal órgão associativo se denomina “Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral” e que edita, desde a sua criação, a “Revista de Clínica Geral”. Este recurso a terminologia diversa sugere-nos importante relevância sociológica e será objecto de abordagem no ponto seguinte.

69). É a fase do “João Semana¹⁹” (Ramos, 1987) na clínica geral. Mas este modelo de médico desinteressado não resistiu ao desenvolvimento científico e tecnológico da medicina do século XX (Branco *et al*, 1984; Pinto, 1996; Moura, 1987; Ramos, 1987; Veloso, 2000). Neste século, os progressos da medicina hospitalar foram espectaculares nos diversos campos. As potencialidades terapêuticas dos novos fármacos, as novas técnicas cirúrgicas, a introdução da anestesia e as condições de assepsia, entre outros, desenvolviam-se e praticavam-se no hospital, e este deixou de ser o local onde acorriam os pobres e os indigentes e transformou-se em lugar de investigação científica e tecnológica. A medicina curativa passou a ser vedeta e as generalidades iriam dar lugar às especialidades (Veloso, 2000, 32 e 69).

As especializações atraíam os médicos, cada vez mais confiantes na eficácia da medicina curativa e no prestígio associado aos cuidados hospitalares. A clínica geral vê-se arredada dos centros de produção e de exercício do conhecimento científico – os hospitais – e entra num período de latência (Moura, 1987, 6), quase tendo desaparecido em muitos países (Ramos, 1987). Estávamos na fase de larga implantação do chamado paradigma biomédico, um modelo de prática médica centrado na visão cartesiana do homem, que equipara o corpo a uma máquina, tratando da doença, esquecendo o doente. A biomedicina encontra excelentes condições de desenvolvimento e enraizamento nas práticas médicas hospitalares, servindo como importante reforço da importância do hospital e do domínio desta instituição – o chamado hospitalocentrismo.

No final dos anos 60 surge um movimento de crítica à profissão médica. Põe em causa a eficácia dos actos médicos (Illich, 1975), chamando a atenção para os elevados efeitos de iatrogenese (médica e farmacológica) e para a desumanização dos cuidados prestados nas estruturas hospitalares, demasiado tecnicistas e reducionistas do sujeito à vertente biológica da sua existência. A emergência da medicina familiar é, para Mauksch (1976,

¹⁹ Retratado por Júlio Dinis em *As Pupilas do Senhor Reitor*, na personagem do João Semana: médico rural que se deslocava de égua a casa dos doentes, a todos ajudando, não só no sofrimento da doença como nas aflições da vida. O médico dos pobres, como também ficou conhecido. Tinha qualidades humanas excepcionais, concretizadas em práticas de inextinguível abnegação, amor e solidariedade para com o próximo (Dinis, 1970). Esta figura é profusamente referida em diversos artigos da Revista Portuguesa de Clínica Geral. Veja-se, por exemplo, “Origens, decadência e renascimento da Clínica Geral. Do João Semana aos nossos dias”, de Alexandre de Sousa Pinto (1996), onde o autor questiona o epíteto “pobre” tantas vezes aplicado ao médico João Semana.

282), o sintoma de um complexo desconforto com a despersonalização dos cuidados, os avanços clínicos e os profissionais de saúde.

Outro vector de críticas aos serviços hospitalares e à medicina biomédica prende-se com os custos deste tipo de cuidados, muito dispendiosos, pela elevada componente tecnológica implicada (Nunes, 1986; Moura, 1987; Branco *et al*, 1984).

Um conjunto de factores de índole socio-demográfica reforça a ideia da desadequação dos sistemas de saúde hospitalocêntricos. As alterações que já vinham a ocorrer nas causas de morbilidade e mortalidade nos países desenvolvidos provocam um aumento do consumo de cuidados de saúde. A modificação da estrutura demográfica, com o crescente envelhecimento das populações, leva a um aumento das doenças crónicas e, conseqüentemente, dos cuidados continuados (Branco *et al*, 1984; Ramos, 1987), provocando uma alteração na estrutura das necessidades de cuidados de saúde. Moura (1987, 19) acrescenta ainda factores como a desumanização progressiva dos cuidados médicos hospitalares, o aumento dos gastos em saúde e as estratégias para a saúde resultantes de Alma-Ata²⁰.

São, pois, factores endógenos e exógenos à medicina que confluem para criar um clima favorável ao ressurgimento da clínica geral. Pinto (1996, 283) situa o movimento de inversão da tendência decadente da clínica geral nos anos pós Segunda Grande Guerra, iniciando-se, em seu entender, nessa altura o “renascimento” desta especialidade. De entre os vários factores influentes, estão, na sua opinião, a criação do Serviço Nacional de Saúde Inglês, em 1948; o desenvolvimento das ciências humanas (a Psicologia, a Sociologia e a Antropologia); e o encarecimento exponencial da tecnologia médica.

Por seu lado, Ramos (1987), embora reconhecendo que a criação do Serviço Nacional de Saúde no Reino Unido veio reforçar a posição dos clínicos gerais, considera que não foi

²⁰ São visíveis as similitudes entre os factores que desencadeiam o surgimento e enraizamento da clínica geral e os que já foram referidos no ponto anterior, relativos ao reconhecimento da importância de sistemas de saúde centrados nos cuidados de saúde primários. Uns e outros são indissociáveis, como facilmente se compreende, já que, embora os cuidados de saúde primários não estejam circunscritos à intervenção médica, o clínico geral ocupa um lugar de destaque na estrutura de produção deste tipo de cuidados. Acrescem ainda razões de proximidade conceptual e de perspectiva política que tornam o clínico geral um dos principais executores dos princípios dos CSP.

suficiente para evitar o declínio desta profissão, descrevendo os *general practitioners* como desmoralizados, sobrecarregados com trabalho e cada vez menos prestigiados. Por isto, remete a fase de re-emergência da clínica geral para a década de 60 (Ramos, 1987, 159 – 160). Também Moura (1987) considera que a reactivação da clínica geral ocorre na década de sessenta.

Na década de 70 surgem associações profissionais em vários países e a clínica geral entra numa fase de implantação nos sistemas de saúde. Em 1972 é criada a WONCA (World Organization of National Colleges Academics and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians). Em 1977, a 30ª Assembleia Mundial de Saúde reconhece que a maior parte dos sistemas de saúde do mundo não dá resposta aos problemas de saúde das populações. E, em 1978, a conferência de Alma-Ata vem afirmar a responsabilidade dos governos pela saúde das populações, preconizando como uma das principais metas que todos os povos do mundo atinjam um nível de saúde que lhes permita ter uma vida social e economicamente produtiva. “Os cuidados de saúde primários constituem a chave para que esta meta seja atingida” (Declaração de Alma-Ata, 1978).

Reconhecida a importância dos cuidados de saúde primários a nível mundial, a clínica geral entra numa fase de clara expansão numérica de profissionais, sem, contudo, nunca ter alcançado o estatuto social semelhante ao das restantes especialidades médicas. Este facto irá provocar no futuro uma diminuição do número de clínicos gerais, já que aqueles que pretendem vir a ser médicos de clínica geral têm vindo a diminuir de forma contínua. Como principal razão para este facto são apontadas as deficiências de ensino e treino universitário, devido à falta de exposição à clínica geral e à transmissão de uma má imagem da especialidade aos alunos durante a faculdade.

4.1. A clínica geral em Portugal

A carreira de clínica geral, “sem história, comparativamente com a consolidação histórica da carreira médica hospitalar” (Carapinheiro e Hespanha, 1997, 10), é criada em 1982²¹, pelo Decreto-Lei nº 310/1982, de 3 de Agosto. Porém, a *nova* especialidade da medicina, embora *sem história*, surge já *carregada* de antecedentes socio-históricos que marcarão até hoje esta profissão. Entre associações indesejáveis e cisões proclamadas com o passado, foi construindo um património histórico de quase três décadas. Interessa-nos conceder particular atenção ao seu traçado evolutivo, já que pressupomos encontrar nos antecedentes socio-históricos razões de explicação e compreensão da actual clínica geral.

Em 1984, dois anos após a criação da carreira de clínica geral, Branco *et al*, (1984, 10) diziam: “o clínico geral é, hoje, em Portugal, herdeiro das Caixas, rebaptizadas de Serviços Médico-Sociais e de Serviço Médico à Periferia”. Duas décadas depois desta afirmação, que herança ainda apresenta a profissão e o profissional?

A primeira dificuldade que se nos coloca é a de fazer o recorte temporal na história recente do pensamento e das políticas sobre saúde. Encontrar o *quando* – temporal, social e político – do início da construção da herança da clínica geral contemporânea conduz-nos até à década de 40, quando Portugal assina a Convenção Sanitária Internacional, cria as Autoridades Sanitárias e define as atribuições dos Médicos de Saúde Pública. Ainda na década de 40, a criação das Caixas de Previdência visava estender os serviços de saúde a um maior número de beneficiários (como já referimos no ponto anterior). Como dizem Branco *et al* (1984, 10)

“As caixas tiveram um papel importante na garantia de assistência médica curativa, porém a sua acção foi-se deteriorando progressivamente, mercê do facto de revestir o papel de segundo emprego (...) e de à qualidade dos actos médicos se ter sobreposto a quantidade de doentes a observar, necessariamente à pressa e mal.”

Pinto (1996, 283 – 284) considera que um quarto de século de “caixificação” desacredita

²¹ Em 1980 havia já sido criada a carreira de generalista (portaria 444/A/1980, de 28 de Julho), justificada pela necessidade de incrementar a função de clínico geral. Em 1982, é feita uma reformulação das carreiras médicas. O Decreto-Lei nº 310/82, no seu ponto 13, cria a carreira médica de Saúde Pública, a carreira médica hospitalar e a carreira médica de Clínica Geral.

o sistema de cuidados e não deixa incólume os seus profissionais. A imagem de desprestígio do médico da “caixa” associa-o a um lugar de menoridade científica e social, muito diferente do estatuto do médico hospitalar. Como já referimos, o “médico da caixa” presta cuidados na rede dos Serviços Médico-Sociais, uma estrutura de cuidados de saúde financeiramente custeada pelas contribuições dos trabalhadores feitas para a Federação das Caixas de Previdência.

Na opinião de Biscaia *et al* (2006, 24) é, igualmente, a batalha contra a pobreza e as desigualdades que está na base da criação dos centros de saúde na década de setenta, levando para este organismo as clientelas mais pobres e possuidoras de menor nível de educação, impondo-se a associação identitária dos grupos profissionais que ali trabalham com a dos consumidores, pelo que ao segmento profissional que se ocupa destes destas populações é normalmente atribuído menor prestígio social (Ruivo, 1988, 24).

A implementação da especialidade de clínica geral inicia-se nos anos setenta (Biscaia *et al*, 2006). Embora ainda não esteja institucionalizada, é nesta década que acontece um conjunto de iniciativas com vista à sua criação. No período pós-revolucionário, procurou-se democratizar o acesso a cuidados médicos e combater as enormes assimetrias na oferta de serviços (Carapinheiro e Pinto, 1987), para o que foi criado, em 1975, o Serviço Médico à Periferia (SMP), a cargo de jovens médicos. Ramos (1987, 163) acrescenta que o SMP servia igualmente como válvula de escape e compasso de espera a numerosos médicos que aspiravam regressar aos hospitais para se especializarem.

Em 1974 dá-se início a um projecto de Cooperação entre Portugal e a Noruega, no âmbito da Agência Norueguesa para o Desenvolvimento, que visava a criação de uma rede de CSP no distrito de Vila Real. Igualmente importante é a vinda a Portugal de uma comissão de médicos ingleses do Royal College of General Practitioners com o objectivo de apoiar a criação da especialidade no nosso país. Esta mesma comissão virá depois a elaborar, em 1979, documentos sobre o clínico geral. Ainda em 1979 é publicado pela Secretaria de Estado da Saúde o Livro Branco “A carreira médica nos serviços de saúde pública – o médico de clínica geral e o médico de saúde pública” (Biscaia *et al*, 2006, 44).

Para Pinto (1996) o renascimento da clínica geral apareceu como um remédio pela via legislativa, porque era necessário reestruturar a prestação de cuidados ambulatoriais, e também porque o sistema tinha excesso de médicos, recém-formados e com aspiração a

especialistas hospitalares. Mas “nesse tempo já havia serviços hospitalares onde havia mais médicos do que doentes (...) A especialização em generalista surgiu como uma alternativa oportuna” (Pinto, 1996, 284).

Em 1981 e 1983 são criados os Institutos de Clínica Geral, (portarias nº 767/1981; 539/1982 e 520/1983). Estes Institutos (do Sul, do Centro e do Norte) surgem com o objectivo de oferecer formação específica aos médicos de clínica geral²². Em 1999 estes organismos foram extintos, pela portaria nº 288/1999, e a formação da especialidade em clínica geral passou a ser oferecida pelas faculdades de medicina.

Antes da criação da especialidade, ainda em 1981, são colocados os primeiros médicos de clínica geral, então designados de “Generalistas” (Moura, 1987, 7) e, logo em 1982, é criada a carreira de clínica geral. Com a implementação da carreira de clínica geral surge, em 1982, o Colégio da Clínica Geral na Ordem dos Médicos e, em 1983, a Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral, que começa a editar a Revista Portuguesa de Clínica Geral a partir do ano de 1984. Ainda em 1984 é criada a Direcção Geral de Cuidados de Saúde Primários e extinta a Direcção Geral da Saúde e os Serviços Centrais dos Serviços Médico-Sociais. Em 1986 é constituído o departamento de Clínica Geral na Faculdade de Medicina do Porto, e em 1987 o da Faculdade de Medicina de Lisboa. Em 2000 todas as Faculdades de Medicina têm um Departamento de Clínica Geral.

Nesta sequência, a profissão de clínica geral emerge *sem história*, mas com antecedentes sócio-históricos que a dissociam da medicina praticada nos centros de produção e reprodução do conhecimento médico. Talvez por isto, quando os médicos de clínica geral, alguns ainda sem formação especializada, “foram colocados nos serviços de saúde oficiais depararam de imediato com graves problemas e dificuldades que ameaçavam a sua identidade específica, a sua autonomia técnica e a sua dignidade profissional e humana” (Ramos, 1987, 165).

²² A formação seguiu dois modelos específicos: 1) o Internato Complementar de Clínica Geral, com o modelo semelhante aos outros internatos e 2) a Formação Específica em Exercício (portarias 712/1986 e 420/1990), destinada a médicos que já se encontravam em exercício. Esta modalidade consistia em formação em sala de aula e estágio hospitalar. Quando concluída, era conferido o grau de Assistente de Clínica Geral (cfr. Biscaia *et al*, 2006, 45)

4.2. Clínico Geral e/ou Médico de Família?

Generalista, clínico geral ou médico de família? A definição de médico de família nasceu na Europa, criada pelo grupo Leeuwenhorst²³, em 1974. Nesta concepção o clínico geral é um médico graduado que presta cuidados pessoais, primários e continuados, a indivíduos, famílias e a uma população definida, independentemente da idade, sexo ou tipo de doença. Este conceito de clínico geral, considerado ainda hoje válido, enforma todas as que se seguiram, desde logo no uso conjunto da designação clínico geral/médico de família.

Em 1991 a WONCA define “clínico geral/médico de família” como o médico que é responsável pela prestação de cuidados abrangentes a todos os indivíduos que procuram cuidados médicos, funcionando como um generalista que aceita todas as pessoas que o procurem. Embora revista em 2002, mantém-se, no essencial, esta definição (EUROACT, 2002). Baseado nas conceptualizações propostas por Leeuwenhorst e pela Wonca, Boerma (2006, 8 e 9) sintetiza as características essenciais da clínica geral: 1) cuidados generalistas (generalistic care), presta cuidados indiferenciados a todo o tipo de população; 2) cuidados de primeiro contacto (first contact care) em serviços de proximidade; 3) orientados para o paciente (orientation to the patients) num contexto em que a individualidade do doente é considerado no tratamento; 4) continuidade (continuity), em que as intervenções não se limitam ao episódio da doença, mas cobrem longitudinalmente as necessidades de saúde dos doentes; 5) globais (comprehensiveness), compreendendo cuidados curativos, de reabilitação, e de suporte, bem como de prevenção da doença.

Em Portugal são adoptadas as definições europeias²⁴ e reproduzem-se, por vezes indistintamente, as duas designações clínico geral /médico de família. Desta dualidade de terminologia não se excluem traços identitários mais profundos, enraizados no percurso sócio-profissional e o uso de nomenclatura diversa não está isento de conotações com

²³ O grupo Leeuwenhorst, fundado em 1974, criou a primeira definição de clínico geral na Europa. Teve como sucessor o The New Leeuwenhorst, fundado em 1982, que procurou desenvolver a clínica geral enquanto disciplina, dando origem, em 1992, à EURACT – European Academy of Teachers in General Practice (EURACT, 2002).

²⁴ Nas quais Portugal tem participado. No primeiro grupo de trabalho que deu origem à primeira definição, esteve representado por Vítor Ramos (Rebello, 2001).

posicionamentos ideológicos, científicos e identitários.

As diferentes designações são vulgarmente utilizadas como equivalentes (às quais ainda se acrescenta *médico de clínica geral/medicina familiar*), quer na linguagem oral, quer na literatura médica. Mas não o são. Ainda antes da criação da carreira de clínica geral, o Decreto-Lei nº 172/1980 de 28 de Julho, vem afirmar que o “clínico geral constitui uma figura primordial do exercício personalizado da medicina” e reconhece a necessidade da função de “generalista”, para o que “é instituída uma nova modalidade de exercício da profissão de medicina – a carreira de generalista – consagrada ao exercício das funções de clínica geral” (Decreto-Lei nº 172/1980, de 28 de Junho). Daqui decorre que o primeiro dispositivo legal utiliza arbitrariamente (ou confusionalmente) a designação “generalista” e “clínico geral”.

O Decreto-Lei nº 310/82 de 13 de Agosto, que cria a carreira de clínica geral, utiliza exclusivamente o termo “clínica geral”. Este diploma é considerado o marco para o nascimento da medicina familiar. A “moderna medicina familiar portuguesa” nasceu oficialmente em 1982 (Sousa e Pisco, 2007), com a criação da carreira de clínica geral. Mas, nesta altura, entre 1981 e 1986, dos médicos que ingressaram na carreira, 85% não tinha formação específica em clínica geral.

Veloso (2000, 72)²⁵ vem desde logo chamar à atenção que o clínico geral “não pode ser um produto híbrido resultante do espúrio entre o João Semana e o médico das caixas”. E, considera que

“é a perspectiva de se transformarem num profissional desprestigiado à partida e condenado a praticar uma medicina repetitiva sem estímulos e sem encanto que assusta as gerações dos médicos jovens e os faz rejeitar os projectos das carreiras de generalistas que lhes têm sido propostas” (Veloso, 2000, 72).

Para além do plano meramente legislativo, a clínica geral já era praticada na realidade dos Serviços Médico-Sociais (SMS), nas Caixas de Previdência. Daí a designação de “médico da caixa” – médico dos SMS. Será, pois, no “médico da caixa” que se encontra a génese do clínico geral português. Para Moura (1987, 7) esta clínica geral praticada nas “Caixas”

²⁵ Porque nesta abordagem a cronologia é importante, devemos referir que este texto, embora publicado numa colectânea em 2000, foi originalmente editado em 1981, na Revista “Negócios”.

era “um tipo de clínica geral anômalo e desprestigiante” e desvirtuada, porque houve “uma desmesurada preocupação com a extensão numérica dos actos médicos e com a cobertura de cada vez mais áreas populacionais”. Para o autor, a medicina que se exercia era cada vez mais uma medicina desumanizada, numérica, sintomática, sem qualquer tipo de relação médico/doente. Não era minimamente satisfatória para o clínico geral, provocando um “abrandamento das suas responsabilidades, um desprezo total pela sua formação continuada”, o que, em seu entender, levou a uma deterioração total da imagem deste profissional na comunidade. “Os médicos que exerciam este tipo de medicina foram imparavelmente arrastados nas suas atitudes – 50 e 60 doentes marcados para serem observados em duas horas!” (Moura, 1987, 7). E “porquê falar deste passado?” – questiona. “É que hoje ainda sobrevivem zonas, consultas, unidades de saúde e médicos que vivem nesta fase evolutiva, doentia, da medicina geral.”²⁶

Vasquez (1986b) reconhece igualmente a coexistência de diferentes perfis de clínico geral:

“«os velhos do Restelo»”, da velha medicina ultrapassada, os «pioneiros», da luta pela medicina familiar moderna, e toda uma quantidade de clínicos que «navegam à deriva», sem formação necessária, sem orientadores capazes, sem ambientes propícios, com legislação local perturbadora, com chefias anacrónicas, sem esquemas organizacionais, num desgaste psíquico enorme” (Vasquez, 1986b, 11).

Reconhecendo esta diversidade dentro da profissão, Vasquez apresenta uma espécie de tipologia caracterizadora. Diz existirem três tipos de clínico geral (Vasquez, 1986a), 23). O tipo 1) é o “polícia sinaleiro”: é o médico que tem como função “triar” e “encaminhar”. Esta noção de “grande triador” está relacionada com a noção de “grupos de risco”, que, diz, historicamente e talvez actualmente, estão presentes nalguns centros de saúde. “Que formação dar a estes “sinaleiros?”, questiona. E responde: “nada mais simples”: um local de trabalho; definir a população a servir; que serviços para encaminhar/receber cuidados diferenciados; definir bem os grupos de risco e, fundamentalmente, trabalhar (Vasquez, 1986a, 23).

²⁶ Note-se que este texto data de 1987, quatro anos após a criação da carreira de clínica geral. Este será um dos ângulos de análise na investigação empírica: 25 anos de institucionalização da carreira terão apagado esta herança identitária?

O segundo tipo é designado por Vasquez de “multiespecialista/árbitro” e deverá possuir formação hospitalar e específica. Sendo que a formação específica deve constituir-se por uma multiplicidade de especialidades, já que este médico deve conhecer “esta e aquela especialidade”, pois, na sua opinião, só assim se chegará a um modelo perfeito de “globalidade – especialista”. O *multiespecialista* deverá ainda ter um espaço académico nas universidades, que, diz, actualmente se encontra preenchido por especialistas da carreira hospitalar. E para justificar porque é também árbitro, considera que este tipo é aquele que pode “relacionar boca com pés, olhos com bexiga”.

O terceiro tipo é o clínico geral. Neste terceiro tipo agrupa todos aqueles que definem o clínico geral como algo em formação. Encontra as origens ou antecedentes no João Semana, mas não despreza o desenvolvimento técnico-científico da medicina, com patronos como Sousa Martins, Pulido Valente, Egas Moniz e tantos outros.

Esta "tipificação" ilustra bem a heterogeneidade interna desta categoria profissional *emergente* e a existência de estratos ou sub-classes no interior da profissão Ruivo (1987a), causadores de tensões inter-profissionais e obstaculizadores de um processo de construção da identidade profissional que se iniciava a partir de forças antagónicas: por um lado, a necessidade de se refundar as bases identitárias da profissão a partir do rompimento com as imagens sociais do passado e, por outro lado, a permanente imposição dessas imagens a partir dos novos contextos e das (velhas) práticas dos profissionais, a que acresce ainda um conjunto de modificações sociais, atirando a profissão para uma "encruzilhada" que se "bifurca em dois ramos desiguais, com alguns interesses comuns e muitos interesses próprios" (Ruivo, 1987a, 24).

Mas Rebelo (1995, 337) reconhece a necessidade de discutir se, de facto, as designações clínica geral, medicina geral e familiar, e medicina familiar são equivalentes ou não. Em seu entender, uma rigorosa análise de conteúdo levar-nos-á a concluir que existem diferenças consideráveis nos conteúdos programáticos da clínica geral e da medicina familiar e entre os resultados da prática do clínico geral e do médico de família. E, acrescenta, o clínico geral

“actua segundo o paradigma biomédico que lhe foi transmitido pela Faculdade de Medicina, o qual exercita e aperfeiçoa na prática, o médico de família exerce segundo o paradigma biopsicossocial resultante dos ensinamentos da Faculdade, “mesclados” com novos ensinamentos que entretanto

adquiriu pela formação pós-graduada e contínua e pela reflexão sobre o seu contexto de prática (Rebelo, 1995, 337)”

Para melhor vincar a diferença entre o clínico geral e o médico de família, sublinhando, assim, a importância da especialidade, Rebelo refere que se extremarmos as posições será possível dizer que “enquanto as Faculdade de Medicina «formam clínicos gerais» o Internato Complementar «forma médicos de família»” (Rebelo, 337). Na prática, significa que o médico da carreira de clínica geral sem especialidade é *clínico geral*, e o que possui a especialidade em MGF é *médico de família*.

Veloso (2000, 90 e 91) considera que os clínicos gerais deviam ser a réplica portuguesa dos «médicos de família» americanos ou dos «general practitioners» ingleses. Mas, diz,

“pouco têm a ver com eles e, provavelmente, virão a transformar-se a médio prazo num produto degenerado saído da cabeça de burocratas que nada sabem de medicina clínica. Sem preparação adequada, sem esquemas de aperfeiçoamento, desenquadrados das estruturas técnicas, os clínicos gerais correm o risco de não ser mais do que um produto híbrido, amarrados ao preenchimento de uma confusa papelada (...) Vocacionados para serem os elementos-charneira de todo o sistema de saúde, limitar-se-ão, muitas vezes, a fazer uma triagem dos doentes a encaminhá-los para consultas hospitalares” (Veloso 2000, 90 e 91).

Para Berta Nunes (1986, 21) a identidade do clínico geral produz-se numa "síntese" de elementos, que define assim:

"[o clínico geral é] um médico (graduado com reconhecimento oficial) que presta cuidados pessoais, primários, e continuados a famílias e mais genericamente a uma população definida, independentemente de quaisquer critérios de idade, sexo, ou tipo de doença. É a síntese destes elementos que estabelece a identidade deste perfil profissional”.

Mas, contrariamente ao que afirma Berta Nunes, a identidade do clínico geral parece não resultar, nem de uma síntese, nem numa síntese. São diversas as definições de clínica geral e, na prática, nem sempre é clara a distinção entre clínico geral e médico de família. Na Revista Portuguesa de Clínica Geral (um espaço de publicação de artigos científicos e de opinião da área), o tema é recorrentemente abordado, como recorrentes são os artigos sobre o estatuto social e a imagem dos médicos junto da população, parecendo evidenciar que um e outro (estatuto e imagem social) continuam a constituir grande preocupação no

seio dos clínicos gerais/médicos de família.

Veja-se a título de exemplo o artigo de Jaime Correia de Sousa, à época Director da Revista Portuguesa de Clínica Geral, de 2007 (Sousa, 2007), que ao apresentar uma breve síntese da evolução da profissão, refere “as iniciativas dos médicos de família em torno dos encontros Nacionais de Clínica Geral (...) a actividade científica e académica dos departamentos ou cadeiras de clínica geral nas faculdades de medicina, a actividade do Colégio de Medicina Geral e Familiar (...)”. Resulta, assim, evidente que decorridas quase três décadas após a criação da carreira de clínica geral, a existência de um binómio clínico geral/médico de família se mantém nos campos da formação, da simbologia, da profissão e da produção científica.

CAPÍTULO II – DO PERCURSO TEÓRICO E METODOLÓGICO

1. Quadro teórico: o centro de saúde e a unidade de saúde familiar enquanto organizações sociais e lugares profissionais

A medicina moderna caracteriza-se pela crescente cientificização, tecnicização e hiper-especialização/sub-especialização da prática médica. Este desenvolvimento científico e tecnológico encontra-se fortemente associado à organização hospitalar (Foucault, 1963; Mechanic, 1983; Herzlich, 1970; Stacey, 1988; Freidson, 1984 e 1988; Calnan e Gabe, 1991; Gabe *et al*, 1994; Turner, 1999; Bungener e Baszanger, 2002; Campos, 1986; Carapineiro, 1993 e 2005, entre muitos outros). Porque o hospital concentra as diversas especialidades científicas, porque é local de concentração tecnológica, porque é lugar de formação e treino dos médicos, porque é, muitas vezes, centro de investigação científica, agregando no mesmo espaço o monopólio da produção e do exercício do saber. Daí que a importância social do hospital seja largamente reconhecida.

Para Turner (1999) o hospital é uma instituição crucial dos sistemas de saúde modernos, mas é igualmente um símbolo do poder da profissão médica, representante da institucionalização do conhecimento médico especializado. Assume uma posição de hegemonia na produção de cuidados, simboliza o poder social da profissão médica e representa a institucionalização do saber médico especializado (Turner, 1999, 153).

Esta posição do hospital na estrutura geral dos cuidados de saúde tem remetido os cuidados generalistas para uma posição secundária. Paralelamente, o crescimento do número de profissionais e os espectaculares avanços científicos e tecnológicos alteraram profundamente o conteúdo e as práticas do trabalho médico. O aumento da diversificação dos serviços de saúde e a multiplicação do recurso a tecnologias cada vez mais sofisticadas exigem competências específicas e essa mesma tecnicização e especialização altera o padrão de competências profissionais, dando origem ao aparecimento de novos segmentos profissionais. Ora, é neste movimento de mutação interna das profissões da saúde que a medicina geral e familiar surge como um campo de actividades mal definido (Bungener e Baszanger, 2002).

Pese embora o facto da medicina geral e familiar ocupar uma posição chave no sistema de saúde (Calnan e Gabe, 1991; Elston, 1991; Macdonald, 1993), bem como o facto de ser considerada a base dos sistemas de saúde de muitos países (Boerma, 2006; OMS, 2008), a hiper e sub-especialização do conhecimento médico permanecem associados ao hospital, do qual se exclui a medicina de família. Facto que se traduz numa situação paradoxal para os cuidados de saúde primários (a que Boerma chama de “o paradoxo dos cuidados primários”): por um lado, a fraca atractividade deste nível de cuidados, por outro lado, a intenção de o tornar uma forma estratégica para os sistemas de saúde (Boerma, 2006, 16), mas sendo objecto de menor atenção política (Smith e Mays, 2007).

No sistema de saúde português, o hospital tem assumido igualmente uma posição de supremacia, como concluiu o trabalho de Carapinheiro (1993), posição esta que parece vir mantendo até à actualidade, como também têm demonstrado as investigações subsequentes da autora (Carapinheiro, 2001 e Carapinheiro e Page, 2001). Para a autora, se até aos anos 60 o hospital foi considerado a peça central do sistema, a partir desta altura foi considerado uma peça superior mas não central, consequência da substituição de políticas hospitalocêntricas por políticas sanitaristas (Carapinheiro, 1993, 19-20). Contudo, esta mudança de perspectiva não se traduziu, na prática, numa alteração da posição do hospital, mantendo-se este num lugar de supremacia em relação ao centro de saúde. Talvez por isto, os recursos bibliográficos existentes e específicos para o estudo do CS são muito limitados e mais ainda o são para a USF, recentemente criada. Esta escassez de investigação e produção teórica será, por si mesma, ilustrativa da falta de atenção ao sector dos CSP nas prioridades e nas preferências das investigações sociológicas, mas será, igualmente, denunciadora do lugar periférico do CS no sistema de cuidados.

Face a esta indisponibilidade bibliográfica, traça-se um quadro teórico elaborado com base nos contributos da sociologia da saúde sobre o hospital²⁷, cruzando essas perspectivas com alguns (poucos) trabalhos sobre a área dos cuidados de saúde primários.

²⁷ Pela já referida ausência de estudos específicos sobre o centro de saúde, esta não é uma escolha tomada com o objectivo de aplicar os modelos analíticos do hospital ao centro de saúde. Mas é uma opção reflectida e assumida com base nos pressupostos de que o centro de saúde, sendo igualmente uma unidade de saúde, partilhará com o hospital algumas das suas características organizacionais, e que o percurso analítico nos permitirá desocultar as diferenças e as especificidades.

O CS e a USF são perspectivados como uma organização com algum grau de complexidade e cujo processo produtivo de cuidados primários se concentra maioritariamente em dois grupos profissionais: médicos e enfermeiros. Desde a sua criação, estão-lhe atribuídas funções específicas de prevenção, tratamento e cura da doença que lhe determinam uma posição especial no SNS. Ao longo de quase 40 anos de existência, tem passado por várias reestruturações político-organizacionais, algumas nunca cabalmente implementadas, visando o aperfeiçoamento dos modelos de funcionamento e a eficácia na prestação de serviços. Actualmente, é objecto de uma profunda reestruturação organizacional, quer ao nível dos modelos de funcionamento, quer de gestão técnico-administrativa, quer ainda da implementação de novas unidades orgânicas.

Como qualquer organização, o CS e a USF adoptam modelos de racionalização de gestão e administração das actividades e dos serviços produzidos, dispendo para tal de um conjunto de estruturas formais responsáveis por regular o seu funcionamento diário. Neste sentido, integram uma componente formal ou burocrática, da qual constam os regulamentos e procedimentos racionalmente definidos pela hierarquia administrativa (também designada por componente estrutural) que se aproxima do modelo da administração burocrática proposto por Weber.

Ainda como em qualquer outra organização, integram igualmente um vector informal onde se enquadram as acções e interacções não prescritas pela hierarquia das estruturas formais. São desenvolvidas pelos grupos constituintes informais e são “cravadas na própria organização formal”. Importa sublinhar que esta distinção entre os aspectos formais e informais é somente analítica, já que na realidade uns e outros encontram-se “inextrincavelmente” ligados (Blau e Scott, 1979, 18 e 19). Mas, como sublinham os autores, é impossível compreender a natureza de uma organização sem investigar as redes de relações informais e as normas extra-oficiais, bem como a hierarquia formal de autoridade e as regras oficiais.

Blau e Scott (1979) propõem o conceito de “organização formal” para quando as organizações se estabelecem deliberadamente para um certo fim. Sendo este o caso do centro de saúde, especificamente criado para a produção de cuidados de saúde primários. Mas o facto de uma organização ter sido formalmente estabelecida não significa, como

sublinham os autores, que todas as actividades e interacções estejam estritamente sujeitas aos esquemas formais. Dentro da organização formal existem grupos informais que desenvolvem os seus próprios hábitos, valores, normas e crenças, produzindo outros quadros reguladores do comportamento do trabalhador que vão para além da normatividade imposta pelas instâncias hierárquicas, como ficou amplamente demonstrado com as experiências de Hawthorne²⁸.

Esta dualização analítica tem igualmente caracterizado os estudos sobre o hospital, tendo este sido analisado quer em termos da sua crescente burocratização/racionalização, quer salientando as limitações das abordagens neo-burocráticas pela impossibilidade destas fazerem emergir para o campo analítico as dimensões informais das práticas laborais e das lógicas de organização dos grupos profissionais. A discussão tem sido marcada pelo debate em torno da parcial inadequação da teoria Weberiana ao estudo das organizações de saúde e, mais especificamente, do hospital. Isto porque, se por um lado, o hospital apresenta traços salientes da organização burocrática, tal como Weber a entendeu, por outro, evidencia especificidades que não se enquadram no modelo proposto pelo autor (Turner, 1999; Freidson, 1984; Freidson, 1988; Carricaburu e Ménorte, 2005; Carapineiro, 1993). Pese embora esta insuficiência, a teoria weberiana foi, e é, referência teórica dos estudos sobre as instituições de saúde, nomeadamente hospitalares (Calnan e Gabe, 1991; Turner, 1999; Freidson, 1984 e 1988).

²⁸ As experiências de Hawthorne decorreram de 1924 a 1940, na fábrica que lhe dá o nome, com o objectivo de perceber a actividade dos grupos de trabalho e as relações do tipo informal que ocorriam nas organizações. A experiência, liderada por Elton Mayo, decorreu ao longo de quatro fases distintas: a primeira incidiu sobre o estudo de determinados aspectos ambientais que afectavam o factor humano, e demonstrou que os aumentos de produção não provinham essencialmente das condições ambientais, mas eram sobretudo devidas ao clima propiciado pelo grupo; a segunda evidencia claramente a organização informal – os operários criam as suas próprias regras e valores; a terceira permitiu verificar que a partir do momento em que os operários atingiam determinado nível de produção, os ritmos e o esforço diminuem; a quarta destinou-se a possibilitar um diálogo entre o investigador e os empregados. Os estudos empíricos das três fases demonstraram que: subsistem desfasamentos comportamentais entre as estruturas formais da organização e aquelas que eram originadas nas relações de tipo informal nos grupos; a autoridade formal do gestor ou supervisor colidia com a do líder informal do grupo de trabalho; os objectivos racionalmente propostos pela empresa nem sempre eram coincidentes com os dos grupos informais (Ferreira, 2001, 29 – 48).

Scambler (1987, 210) refere que os médicos por serem profissionalmente autónomos estão “*of the organization but not in it*”, o que sugere que nas organizações em que são predominantes, estas não podem ser caracterizadas como completamente burocráticas. Por conseguinte, os conceitos da burocracia racional não formam um campo definitivo para o estudo do hospital moderno, mas comportam a sua utilidade, particularmente importante para compreender alguns disfuncionamentos e conflitos. As limitações analíticas da teoria weberiana residem na sua incapacidade para captar empiricamente a rede das relações informais, sendo precisamente aqui que se geram e legitimam as dimensões da autoridade profissional. Ao preocupar-se com os aspectos formalmente instituídos da organização burocrática, ignora a estrutura informal, negligenciando as formas como as regras são modificadas pelos padrões não racionais, excluindo assim da análise os “aspectos mais dinâmicos das organizações formais” (Blau e Scott 1979, 49).

No fim dos anos sessenta, o modelo proposto por Mintzberg, bem adaptado para compreender o funcionamento das organizações de saúde no contexto de prosperidade em que se encontravam, serve de análise para a generalidade dos estudos sobre o hospital (Carricaburu e Ménorte, 2005). Mintzberg (1995) propõe uma tipologia de configurações estruturais, estabelecida em função do tipo de coordenação, concepção e de factores de contingência de cada organização, deles dependendo o tipo de estrutura. A *burocracia profissional* surge como um conceito misto onde se incorporam a burocratização e a profissionalização e pode ser encontrado em profissões como a medicina ou a docência, no hospital ou na universidade.

Na *burocracia profissional* o trabalhador controla a sua actividade, mantém-se próximo dos clientes e utiliza o seu saber, adquirido ao longo de vários anos, na auto-determinação das funções que exerce, mas a estrutura das organizações é essencialmente burocrática e a sua coordenação é assegurada pelos padrões que pré-determinam o que deve ser feito. Contudo, as normas de regulação do trabalho são, em grande parte, elaboradas pelas associações profissionais, fora da estrutura burocrática. Mintzberg classifica a burocracia profissional de “descentralizada”, tanto na dimensão vertical quanto na horizontal, em que a complexidade do trabalho impede a supervisão dos superiores hierárquicos e produz efectivo poder profissional. Os profissionais não só controlam o seu trabalho, como exercem o controlo sobre as decisões administrativas que os afectam, dando origem a duas hierarquias paralelas: uma para os profissionais com capacidade auto-regulação e

outra para as funções de apoio, reguladas pela burocracia mecanicista. Na hierarquia profissional, o poder reside na especialização do saber e na hierarquia "não-profissional". Poder e estatuto estão associados à função e não aos trabalhadores.

Surge assim na discussão sociológica sobre as profissões, nas décadas de setenta e oitenta, "talvez a mais importante e estimulante análise sociológica sobre a medicina" – os livros de Eliot Freidson *Profession of Medicine*, e *Professional Dominance* (Coburn, 2006, 432), ainda hoje *background* teórico e referência incontornável em qualquer estudo sobre o tema.

Freidson (1986, 158 – 168) reconhece que, tal como outros já observaram, existe um conflito intrínseco entre os conceitos da burocracia racional-legal e a perspectiva anglo-americana do profissionalismo. Não é um conflito sobre a racionalidade mas com a autoridade, já que na burocracia a autoridade dos superiores resulta das posições ocupadas e não das qualidades pessoais ou das suas competências. Acresce ainda que os profissionais esperam ser autónomos apenas em função das suas competências e do seu conhecimento. Podem aceitar conselhos, até mesmo ordens, mas só se forem decorrentes da competência dos dirigentes, e apenas desta e não do facto de assumirem posições administrativamente superiores. Assim, as questões empíricas dizem respeito à forma como as organizações reflectem os elementos formais do conceito de Weber.

Freidson (1986, 166) analisa ainda o poder de “gatekeeper”, ou seja o monopólio que detém os profissionais credenciados no acesso e no fornecimento aos clientes de certos bens e serviços. O poder de *gatekeeper* resulta da posição credenciada que o profissional detém nas organizações formais. Este poder varia de profissão para profissão e de organização para organização, mas quem o possui de forma mais extensiva é a profissão médica, cujos membros podem certificar nascimentos e óbitos, e determinar as admissões ao hospital. Certificam a doença e elegem os sujeitos para acederem a benefícios fiscais dos programas governamentais (Freidson, 1986, 167 e 168).

Podemos dizer que a investigação produzida sobre o hospital ficará marcada pelo debate sobre a insuficiência da teoria da burocracia racional e a ênfase nos conceitos de autonomia técnica e profissional, de auto-definição e auto-regulação do conteúdo das tarefas médicas e da posse de prerrogativas conducentes ao exercício de uma autoridade que não se enquadra nos parâmetros da legitimidade racional. Os profissionais médicos

são descritos como detentores do monopólio do conhecimento sobre a doença, condição que lhes concede uma posição de supremacia na hierarquia organizacional e lhes permite exercer não só o auto-controlo, como o controlo de outros profissionais que actuam na sua dependência (Turner, 1999; Freidson, 1984; Freidson, 1986; Carapinheiro, 1993) e, desta forma, regerem-se mais por regras e normas profissionais do que pelas normas e regras burocráticas.

No caso do hospital verifica-se que a autoridade do médico é exercida em todos os níveis da estrutura hierárquica, quer sobre os enfermeiros e restantes trabalhadores, quer sobre os doentes e mesmo sobre a direcção administrativa, existindo, portanto, no hospital uma linha de autoridade racional exercida pela administração e uma outra exercida pelo corpo médico. Aqui, a profissão médica afirma diariamente a sua autonomia em relação à gestão administrativa e financeira, apoiada na representação de que no hospital intervém dois actores principais: o corpo médico e os órgãos da direcção, cada um dispondo de competências e formas de poder específicos. Neste modelo da burocracia profissional, a repartição do poder é desigual, porque a cada um competem actividades de natureza diferente. A complexidade das tarefas, o estatuto profissional dos sujeitos e a importância social das actividades confere à profissão médica uma importância largamente mais reconhecida do que à dos órgãos administrativos. Porque a actividade médica é mais imprevisível e menos rotineira, não se expõe ao controlo administrativo (Carricaburu e Ménorte, 2005, 28 e 30).

Estes modelos interpretativos da realidade hospitalar permitem uma leitura do funcionamento do hospital, das relações no interior do serviço, mas não são suficientes para uma análise macrossocial, porque ocultam muitos dos elementos constituintes da organização e da complexidade do crescimento tecnológico (Carricaburu e Ménorte, 2005, 29).

Turner (1999, 129), ao discorrer criticamente sobre a teoria sociológica das profissões, vai pontuando a sua evolução (de Parsons e Durkheim para quem as profissões liberais representam a institucionalização de valores como o altruísmo, às correntes feministas, críticas da profissão médica, para quem a actividade é dominada pelo patriarcado médico que exerce a autoridade e o controlo sobre outros grupos que lhe estão subordinados, em especial as mulheres) para concluir que esta se tem desenvolvido numa contradição de

paradigmas – entre campos tradicionais, constantemente a serem rejeitados a favor de paradigmas revolucionários. Em consequência, diz, a teoria sociológica não apresenta continuidade. Ao rejeitar o seu passado, está numa instável e fragmentada evolução. Por isso o autor propõe uma síntese teórica em ordem a desenvolver uma abordagem estável e compreensiva das profissões e da profissionalização (Turner, 1999, 131).

Nessa *síntese teórica* pode perceber-se uma tentativa de considerar os diversos contributos: das teses do profissionalismo à permeabilidade das profissões às regras burocráticas, às teses de desprofissionalização e proletarização. Na sua perspectiva, a base para a atribuição do prestígio social reside na posse de um conhecimento especializado, inacessível ao cidadão consumidor dos serviços, e assente num elevado grau de tecnicidade e indeterminação do conhecimento. Porém, quando o conhecimento é passível de ser codificado e desenvolvido por computadores, as profissões tornam-se vulneráveis à fragmentação do saber e ao seu controlo pela burocracia. Para se protegerem contra a segmentação do saber precisam de uma barreira que as proteja contra esta rotinização. Essa barreira é a posse de competências exclusivas para a interpretação – uma área insusceptível de determinação rigorosa pelos meios tecnológicos. Assim, a profissionalização como estratégia para manter o monopólio do saber, exige a produção e a manutenção de um corpo de conhecimentos esotéricos, o que requer considerável capacidade de interpretação na sua aplicação; exige ainda que se mantenha e cultive uma extensa clientela para os seus serviços; e que se conservem certos privilégios, nomeadamente a autonomia profissional.

Turner (1999, 153) apresenta o hospital como um exemplo concreto do progresso da racionalidade instrumental na sociedade moderna e um local de trabalho intensivo do sistema médico. O facto de ter vindo a assistir a um aumento do número de profissionais tem, consequentemente, originado um aumento da complexidade desta instituição, associada à expansão dos sistemas administrativos burocráticos. Comporta uma estrutura administrativa, mas a profissão médica dispõe de um considerável poder profissional que permite ao médico tomar decisões que não são determinadas pelo sistema administrativo. Existe por isso, na perspectiva do autor, um sistema dual de autoridade (Turner, 1999).

Em consonância, Carapinheiro (1993), no estudo que realizou sobre o hospital em Portugal, refere que uma análise atenta e minuciosa da organização quotidiana da vida

hospitalar, permite concluir pela existência de um duplo sistema de autoridade: uma linha de autoridade com origem na administração; e uma outra com origem na profissão médica, baseada no poder carismático que os médicos detêm pela posse de um conjunto de atributos que se apresentam como exclusivos: o domínio de um campo científico inacessível; a imprevisibilidade do conteúdo das suas funções, sempre dependente das necessidades dos doentes; as qualidades mágico-carismáticas atribuídas pelos doentes. Assim, coexistem na mesma instituição, dois princípios de autoridade cuja natureza se aproxima da autoridade racional-legal – o caso da autoridade que emana da administração; e a autoridade carismática – o caso da autoridade que emana do corpo médico (Carapinheiro, 1993). Esta última assente num poder-saber gerador da posição dominante da medicina na divisão do trabalho, a ela se subordinando todas as profissões com quem desenvolve a sua actividade (Carapinheiro, 2005).

Embora possamos considerar que a maioria das organizações possui uma estrutura hierárquica, com regras formais, este formalismo não significa que sejam burocracias, no sentido estrito do termo. A questão coloca-se ao nível da organização do trabalho e das rotinas do quotidiano, em que os profissionais, embora guiados pelas regras burocráticas, são livres de produzirem as suas regras no decurso do seu trabalho, o que acontece quando a organização social da divisão do trabalho envolve profissionais com um estatuto social e profissional elevado, sendo, por isto, mais regulada pela sua própria autoridade do que pela autoridade administrativa.

O duplo sistema de autoridade do hospital permite ao profissional médico exercer o seu domínio em todos os níveis da estrutura organizacional e a auto-regulação diária da sua actividade (Smith, 1970, 259 e 262). Smith considera que a coexistência de duas linhas de autoridade resulta da complexidade da organização hospitalar, mas caracteriza igualmente outras organizações. Questionamos: caracterizará igualmente o CS e a USF? Há que ter em conta que o poder carismático que os médicos hospitalares detêm (Carapinheiro, 1993) poderá encontrar-se diminuído nos médicos do CS e da USF pelo facto de estes não apresentarem o poder simbólico nem o reconhecimento profissional comparável ao dos primeiros. Acresce ainda que a tipologia predominante de doença no CS e da USF é diferente: são as doenças crónicas, a vigilância de grupos de risco, o acompanhamento e a renovação terapêutica e os cuidados de prevenção. Raramente ali são tratadas patologias agudas, que exijam elevados recursos tecnológicos. E assim nem a imagem dos

profissionais, nem a do centro de saúde e da USF, estão associadas à cura da doença ou à salvação da vida.

Em relação à organização diária das actividades médicas, Goss (1963) considera que essa capacidade decorre do facto dos médicos terem que gerir constantemente casos excepcionais que fazem parte do seu trabalho clínico. Esta imprevisibilidade leva à criação de regras que são mais de natureza profissional do que de natureza burocrática. Será este carácter excepcional e imprevisível do trabalho do médico de clínica geral menor do que o do médico hospitalar, encontrando-se, assim, reduzida uma potencial fonte de legitimação para a regulação quotidiana, dispondo este, conseqüente e hipoteticamente, de níveis menores de autonomia? Transportada esta discussão para o nível empírico, e no caso concreto para a organização centro de saúde e USF, importa perceber (face às reformas administrativas em curso, de pendor claramente burocrático e burocratizante) se estas unidades formais reflectem os elementos da burocracia racional-legal de Weber?

Calnan e Gabe (1991, 140), a propósito das perspectivas neo-weberianas questionam se, tendo estas sido desenvolvidas para a compreensão da profissão médica no hospital, serão relevantes para o estudo da organização social do trabalho dos clínicos gerais?

Dar-se-á seguidamente especial atenção à particular condição do clínico geral. Por agora, importa definir e assumir uma primeira linha teórica para guia da pesquisa empírica da organização CS e USF: à semelhança do hospital, também o CS e a USF apresentam algumas características enunciadas por Weber para análise das organizações modernas. A saber: existe uma hierarquia de autoridade; vigora um conjunto de normas formais que regula a conduta do trabalhador; os trabalhadores são assalariados; há uma separação entre as tarefas do trabalhador e a sua vida privada; nenhum membro da organização é dono dos recursos materiais com que opera (Weber, 1963, 229 – 232).

Todavia a presença destes traços não produz necessariamente um modelo de organização burocrática *puro*. Como diz Carapinheiro (1993, 57), a propósito do hospital, a abordagem da estrutura informal conduz-nos, mais uma vez, ao debate sobre a adequação à organização CS e USF do tipo-ideal da burocracia racional criado por Weber, já que são as pesquisas empíricas sobre a componente informal do hospital que têm evidenciado as limitações da teoria weberiana e feito emergir dimensões analíticas que conduzem para

uma clara consonância dos autores em concluir pela existência no hospital, não de uma linha de autoridade linear e formal, incidindo verticalmente sobre todos os patamares da hierarquia organizacional, mas de duas linhas de autoridade – a formal e uma outra, apanágio da profissão médica, com origem no poder carismático desta profissão. De igual modo, sendo certo que existe um conjunto de normas formais, claramente definidas que regulam o comportamento dos trabalhadores, produzem-se diariamente normas informais, largamente influentes dos desempenhos de cada trabalhador.

Bucher e Stelling (cit. por Carapinheiro, 1993) propõem um modelo para o estudo das estruturas de saúde, a que chamam de “organização profissional”, que assenta precisamente nos conceitos de “autonomia elástica”, “responsabilidade” e “monitoring”. Os autores partem da definição de autonomia como a capacidade que os profissionais têm para determinar a natureza dos problemas com que se confrontam e para resolvê-los. A autonomia é elástica porque não é fixamente determinada nem é inerente a nenhuma posição hierárquica. Ela pode contrair-se ou expandir-se em função da competência profissional de cada um. Além da sua plasticidade, o profissional só possui autonomia quando tem o poder de controlar o seu trabalho. Ou seja, quando tem a responsabilidade de controlar o que faz, com quem faz e como faz. Assim, autonomia depende da responsabilidade e por causa desta dependência surge o conceito de “monitoring”. “Monitoring” é diferente de supervisão em três aspectos: 1) um monitor não é necessariamente um supervisor, já que pode até ocupar uma posição igual ou inferior em relação a quem está a ser objecto da sua acção; 2) não é o monitor quem identifica e resolve os problemas; 3) não é responsável pelos actos daqueles que estão sob a sua acção. Estes são sempre responsáveis pelas suas acções e decisões.

Elston (1991), a propósito de autonomia profissional e de dominância médica, considera persistir uma inadequada conceptualização ao nível da pesquisa empírica, já que, salienta, uma e outra são muitas vezes usados indiferentemente e, embora sejam acepções muito próximas, deverão ser analiticamente diferenciados. Assim, propõe que a dominância médica, que se refere à autoridade que os médicos exercem sobre outros, seja dividida analiticamente em autoridade social (social authority) e autoridade cultural (cultural authority). A autoridade social diz respeito ao controlo exercido pelos médicos sobre as acções de outros que estão sob o seu comando e a autoridade cultural comporta a probabilidade das definições e dos julgamentos médicos virem a ser aceites e tomados

como verdade (Elston, 1991, 61). Por outro lado, a autonomia profissional refere-se ao controlo legitimado que uma profissão exerce na organização, mas não é uma propriedade absoluta, pelo que diferentes dimensões da autonomia tem que ser distinguidas.

Por exemplo, deve distinguir-se a autonomia como uma propriedade dos indivíduos pelo facto de serem membros de uma profissão da autonomia que assiste a uma profissão como um corpo organizado. Elston (1991) propõe, então, que sejam considerados três níveis: autonomia económica – o direito dos médicos determinarem a sua remuneração; a autonomia política – o direito de decidirem sobre políticas e legitimarem o exercício dos trabalhadores; e a autonomia clínica ou técnica – o direito da profissão estabelecer os seus próprios padrões e o controlo clínico (controlo profissional sobre o recrutamento, a formação e a disciplina sobre as más práticas) (Elston, 1991, 60 – 62).

Nas décadas de 60 e 70 os estudos sobre a saúde enfatizavam o monopólio da profissão médica (Elston, 1991) e o campo teórico da sociologia médica era dominado pelas perspectivas neoweberianas e marxistas (Calnan e Gabe, 1991). As teses da dominância podem ser traçadas a partir dos estudos de Freidson ao explicar como a medicina é possuidora de uma posição dominante na hierarquia do trabalho hospitalar (Barnett *et al*, 1998). Para os autores, esta dominância profissional tornou-se institucionalizada e politicamente aceite, e a organização e a produção de cuidados nunca foi questionada pelos governos ou pelos utilizadores. Freidson escreveu sobre a era de ouro da medicina, mas nos tempos recentes a tradicional dominância da profissão desgastou-se e os médicos estão a proletarizar-se (Barnett *et al*, 1998) e a autonomia e o domínio profissional atribuídos à profissão médica começaram a ser questionados. As mudanças ao nível da condição no mercado de trabalho, as transformações no campo dos saberes e um vasto conjunto de mudanças sociais estariam a provocar um declínio nos poderes e autonomia dos médicos (Turner, 1991; Calnan e Gabe, 1991; Elston, 1991; Barnett *et al*, 1998).

Nesta linha de reflexão sobre as alterações do estatuto profissional e o monopólio da profissão médica, Turner (1999) considera que o desenvolvimento dos sistemas organizacionais burocráticos produziu condições de trabalho assalariado, levando à progressiva proletarização dos profissionais. Para o autor, todas as profissões se caracterizam pela dualidade da oposição entre o conhecimento técnico e rotineiro (experencial) e a ideologia ou mística da interpretação. Como resultado, podemos

conceptualizar as profissões como um bloco de forças contraditórias que simultaneamente as puxam para a proletarização e para o profissionalismo. Ora, se os médicos exercem a sua actividade em instituições de organização burocrática, podemos esperar uma tendência para a sua proletarização.

O prestígio de algumas profissões assenta no conhecimento especializado e na distância social existente entre o *expert* e o cliente, quase sempre excluído do conhecimento esotérico. Todavia, onde este conhecimento pode ser desenvolvido e codificado pelo computador, as profissões tornam-se vulneráveis à racionalização e fragmentação do saber (Turner, 1999). O autor, que contrariamente a outros não distingue analiticamente desprofissionalização de proletarização, considera que existem, pelo menos, três processos implicados: 1) trabalhando os profissionais médicos nas condições burocráticas, onde os grupos profissionais têm a sua autonomia limitada pela hierarquia institucional, espera-se um declínio no seu estatuto e uma diminuição do poder médico; 2) o processo de socialização e de desenvolvimento do conhecimento produz a sua fragmentação; 3) existe uma pressão de novos profissionais e para-profissionais para se apropriarem do território profissional médico (Turner, 1999, 135).

Se para alguns a perda de poder profissional ocorre na medida em que os profissionais se tornaram membros assalariados (proletarizados); outros preferem falar de desprofissionalização. Uns e outros acentuam que a medicina se tornou vítima da tendência que tem afectado todas as profissões que possuem um estatuto privilegiado com base no seu conhecimento técnico nas sociedades do século XX (Elston, 1991), mas não partem necessariamente do mesmo ponto de focagem analítica.

As teses da desprofissionalização acentuam a importância da emergência de consumidores mais activos e mais participativos; a escolarização generalizada e o consequente aumento do nível de informação dos indivíduos; a tendência para a divisão do trabalho e a erosão dos saberes, consequência da rotinização laboral e da codificação da informação. Como resultado destes processos ocorrerá uma perda de poder, de autonomia e de autoridade dos profissionais.

A tendência para o aumento da escolarização é interpretada pelos teóricos da desprofissionalização como um fenómeno de redução da diferença de conhecimento entre o profissional e o utilizador do serviço e consequente perda do monopólio de saberes

exclusivos, que ocorre num contexto de crescente divisão e especialização do trabalho, de perda do monopólio do conhecimento, cada vez mais codificado pelo uso generalizado do computador; de grande visibilidade dos profissionais mais como tecnocratas, liberais e burocratas do que como humanistas; e de aumento da crítica e responsabilização dos clientes (Guillén, 1990, 41; Rodrigues, 2002, 69).

A propósito dos factores desencadeantes da desprofissionalização, Rodrigues (2002) considera que falta, a muitos deles, comprovação empírica, salientando que se verifica que em vários grupos profissionais, nomeadamente o dos médicos, a manutenção do monopólio sobre os vários campos do conhecimento, assim como dos saberes técnicos. E no que respeita ao prestígio e à aura humanista, faltam não só os factos como os argumentos (Rodrigues, 2002, 73).

Um outro pólo teórico debate a proletarização dos profissionais enquanto trabalhadores assalariados. As teses da proletarização colocam a ênfase na fragmentação, desqualificação e rotinização provocadas pela acção do poder burocrático-administrativo. Num contexto em que as novas tecnologias e as novas condições de trabalho vieram favorecer a perda de privilégios e a aproximação dos profissionais, a entrada maciça de profissionais nas organizações e o seu conseqüente assalariamento estariam a transformar os trabalhadores, em termos de atitudes, valores e comportamentos, num novo operariado, incapazes de escolher os seus próprios projectos e forçados a trabalharem a ritmos institucionalmente impostos (Rodrigues, 2002). Profissões que laboram num contexto burocrático, como médicos e enfermeiros, (entre outros) estarão a sofrer um processo de proletarização. Os profissionais são invadidos por múltiplos tentáculos da estrutura burocrática e capitalista dos quais dificilmente se conseguem libertar (Rodrigues, 2002, 73) e são remetidos para posições de subordinação às exigências da produção capitalista (Guillén, 1990).

Como dizem Gabe *et al.*, (1994) as críticas às teses do profissionalismo e da dominância profissional "vieram de dentro e de fora" e inscrevem-se num quadro mais geral de racionalização e codificação do conhecimento esotérico e de rejeição do paternalismo médico, mas a controvérsia continua a marcar a agenda e as preocupações dos sociólogos.

Tomando por referência as teses de Freidson, Coburn (2006) coloca duas questões: a medicina continua dominante? E se a resposta for "sim", é-o da mesma maneira? Depois

dos estudos sobre a proletarização e a desprofissionalização, é hoje "uma tautologia argumentar que o poder médico declinou ou mudou, simplesmente porque não é o mesmo que era" (Coburn, 2006, 434). Depois de um período de mais de 30 anos em que os sociólogos exploraram a dominância médica, estão agora a voltar-se para o declínio profissional – a proletarização e a desprofissionalização (Annandale, 1999).

Estas questões comportam toda a pertinência face aos novos desenvolvimentos tecnológicos que diariamente invadem o trabalho na saúde, às mais recentes reformas políticas do sector e a novas mudanças sociais (Gabe *et al*, 1994; Calnan e Gabe, 2009; Barnett *et al*, 1998; Southon e Braithwait, 1998; Armstrong, 2002; Coburn, 2006, Broom, 2006; Wills, 2006; Long *et al*, 2006). Mas dos vários estudos desenvolvidos não resulta uma linha teórica suficientemente consistente e definida para classificar os efeitos destas mudanças. A discussão transferiu-se da proletarização e desprofissionalização para o alcance e intensidade destes processos (Barnett *et al*, 1998), dimensões que são altamente variáveis conforme o contexto cultural e político de cada país.

Southon e Braithwait (1998), num artigo intitulado *The end of professionalism?*, perspectivam o profissionalismo combinando dois conceitos: incerteza (quando a actividade não é predita, é incerta, logo geradora de autonomia e responsabilidade) e complexidade (quando o trabalho exige um suporte de conhecimento e actos rigorosamente definidos). Altos níveis de complexidade requerem especialização de conhecimento para o trabalhador operar em sofisticados procedimentos tecnológicos. As tarefas que comportam elevados níveis de incerteza e complexidade exigem elevado saber profissional. Tradicionalmente, têm sido reconhecidos à medicina elevados níveis de incerteza e de complexidade. Contudo, face às mudanças nos diversos campos sociais, a complexidade e a incerteza tendem a reduzir-se, já que um conjunto de tecnologias é hoje capaz de resolver problemas impensáveis há umas décadas atrás.

Coburn (2006) salienta um conjunto de mudanças que estão a afectar a posição da medicina enquanto profissão de monopólio do saber e elevado prestígio social. O actual capitalismo tende a tornar os médicos em assalariados ou profissionais liberais. Simultaneamente um conjunto de novas profissões reclamam um estatuto e influenciam a forma e a natureza do trabalho médico, por isso, conclui Coburn, a profissão médica não representa o tipo-ideal descrito por Freidson, mas apenas uma forma de profissionalismo,

entre outras.

Também Broom (2006) recoloca o debate sobre a adequação das teorias da dominância profissional no actual contexto de introdução generalizada das novas tecnologias que tornaram os serviços mais complexos e desencadearam mudanças inter e intra-profissionais. Destas, a utilização da Internet é o factor de maior impacto no poder médico e um importante contributo para a sua desprofissionalização (Broom, 2006, 501 e 502).

Outros factores como a rotinização do trabalho, a produção de *guidelines* para o tratamento de muitas doenças, acessíveis a outros não-médicos, e as novas tendências da gestão pública que colocam a ênfase na obtenção de resultados e não no processo produtivo, tornam evidente um declínio do poder da medicina, particularmente em controlar a agenda política (Coburn, 2006), e a diminuição da autonomia clínica e da visibilidade social dos médicos (Long *et al*, 2006).

Calnan e Gabe (1991, 142 – 149) colocam em perspectiva a profissão de General Practitioners (GP) no âmbito do National Health System (NHS) britânico. Deixam patente que houve tanto um conjunto de profundas transformações, quanto a permanência de alguns aspectos que caracterizam esta especialidade desde a sua criação. E se na década da introdução do NHS, em 1948, a posição dos GP podia ser comparada à de *shopkeeper*, um grupo isolado e defensivo, com condições de trabalho precárias e horário de longas horas, nos últimos tempos existem vários sinais de que a sua condição está a mudar²⁹.

Na década de setenta, 25 anos após a introdução do NHS, os GP ganharam controlo sobre o seu trabalho e criaram um ambiente para o florescimento da profissão. Desenvolveram um corpo de conhecimentos específicos que os diferencia dos médicos hospitalares e começaram a ver o reconhecimento do seu estatuto profissional. Porém, sublinham Calnan e Gabe (1991), as aspirações dos GP continuaram modeladas no âmbito da prática médica hospitalar, reflectindo a continuação do domínio da ideologia hospitalar.

Nesta linha de pensamento, Charles-Jones *et al* (2003, 72 e 87 – 88) consideram

²⁹ Estas mudanças terão começado com o diploma dos GP de 1965, um documento que teve importantes consequências para a organização e para o estatuto da profissão, nomeadamente ao nível da remuneração e das condições de serviço (Calnan e Gabe, 1991, 143 – 144).

igualmente que a profissão de GP sofreu grandes transformações nas últimas três décadas. Estar-se-á a operar um processo de reconfiguração identitária que aproxima o GP mais do “especialista biomédico” do que do tradicional campo biográfico do “médico de família”, o que lhes permite usufruir actualmente de um elevado nível de relativa autonomia. Estaríamos, assim, num processo contrário ao da proletarização, caracterizado não pela perda de prestígio e autonomia profissional mas pela sua conquista.

A concorrer igualmente para o reconhecimento social da profissão está uma mudança de paradigma nas abordagens da doença, representada pela adopção, largamente aceite, das perspectivas holísticas. Estas podem fornecer à profissão uma ideologia diferente que poderá ser usada oficialmente, mesmo que não seja aceite por alguns segmentos profissionais. Simultaneamente, assiste-se a alguma incapacidade da medicina hospitalar em fazer novos progressos, lado a lado com o debate acerca da eficácia do uso da alta tecnologia em medicina e com os elevados custos associados. Este conjunto de factores contribuiu para o reconhecimento do estatuto dos GP e tornou a especialidade mais atractiva. É agora possível reconhecer-lhes uma dominância profissional semelhante àquela que era atribuída aos médicos hospitalares. Detém o controlo das condições de trabalho e desenvolveram um corpo de conhecimentos especializados (Calnan e Gabe, 1991, 149). Contudo, anos mais tarde, a introdução generalizada da "nova gestão pública" (New Public Management) nos primeiros anos do século XXI, leva os mesmos autores, Calnan e Gabe (2009), a desenvolverem novas abordagens sobre a profissão de GP e as alterações desencadeadas pelas novas políticas de gestão e organização. Os autores traçam agora um quadro diferente da profissão e das condições de trabalho dos GP do que haviam apresentado em 1991.

O conceito de nova gestão pública define-se a partir dos seguintes aspectos: elevada competição, introdução de normas de gestão do sector privado, rigoroso e apertado controlo de recursos, padrões de desempenho estandardizados e ênfase no controlo de *outputs* (Dopson, 2009). Dent (2006, 459) acrescenta que esta forma de gestão se manifesta pela desagregação do sector público em organizações unitárias e separadas; no aumento da competição; na ênfase na disciplina da "parcimónia"; e na adopção de padrões de mensuração. Este modelo de gestão tem sido visto pelos seus críticos como uma ideologia baseada no mercado que tem vindo a invadir as organizações do sector público.

A introdução destas novas formas de gestão, desenvolvidas a partir dos princípios da mercantilização e do gerencialismo nos cuidados de saúde, repercutiu-se em grandes alterações para a clínica geral em Inglaterra nos últimos anos. Às políticas para a saúde está associada uma ênfase particular na participação pública e na medicina centrada no paciente, mas mais por interesses ideológicos de *top-down* do que pela influência e participação de grupos de auto-ajuda ou de movimentos de consumidores. A verdade é que estas novas formas de gestão instalaram um debate na sociologia sobre se estas mudanças estavam a provocar o declínio do poder e autoridade dos médicos, traduzido em processos de proletarização, desprofissionalização e burocratização (Calnan e Gabe, 2009).

Por um lado, as regras organizacionais e os valores profissionais são substituídos pela responsabilização (accountability), que estará a controlar a medicina, mas, por outro lado, poderá estar a surgir um novo profissionalismo (muito diferente das formas que tinha no passado). Neste contexto, aparecem novos restabelecimentos das profissões que re-enfatizam a importância da confiança na relação médico/doente, o que pode ser ao mesmo tempo uma forma de defesa à substituição dos valores profissionais pelos organizacionais. A governança clínica representa também uma mudança na autoridade clínica. O estado determina o que deve ser feito e as agências de regulação (virtuais ou reais) impõem práticas para garantir a continuidade da qualidade. Altera-se a posição social dos médicos e alteram-se as condições e as normas de trabalho, o que leva Calnan e Gabe (2009) a perguntar se estaremos face a um novo GP de nível burocrático que faz a mediação entre a gestão por *guidelines*, a performance dos indicadores e a prática da medicina na vida de todos os dias? Ou um servidor público que adopta os valores do mercado para ir de encontro às necessidades dos pacientes?

Também Dent (2006) considera a nova gestão pública como o principal ataque à autonomia da profissão médica. Importada do sector de mercado para o sector público, é um processo que começou a minar a autonomia e fez crescer a responsabilização, o que, em seu entender, é um conceito às vezes sinónimo de desprofissionalização, já que a autonomia do médico está profundamente subordinada a agências de regulação externa. Por isso, a dominância profissional, se é que existe, é um estado de negociação, sempre susceptível de ser renegociado. Mesmo se a medicina continua a ser uma profissão dominante, ela perdeu estatuto, controlo e poder profissional. Ou seja, na perspectiva

sociológica, a explicação é a desprofissionalização e a proletarização.

Qual é o alcance destas mudanças no processo de re-hierarquização profissional? E qual é o impacto na reorganização dos CSP?

Calnan e Gabe (2009) concluem, depois da análise das mudanças que se têm vindo a operar em vários domínios do exercício da profissão de clínica geral e da estruturação dos CSP, que, embora sendo significativas as mudanças na organização do sector, não existe, contudo, ainda evidência empírica de que tenham resultado num declínio da dominância médica ou de que a profissão esteja a ser minada pelo gerencialismo e pela mercantilização. Mas há alguma evidência de que formas re-estratificação estão a ocorrer nos CSP e de que a profissão de GP se encontra agora mais segmentada horizontalmente a nível macro, entre aqueles que estão envolvidos na prática clínica diária, e verticalmente a nível micro, entre aqueles que são responsáveis pela garantia da qualidade de desempenho dos indicadores, sendo no entanto difícil prever o impacto destas medidas a nível do processo de re-hierarquização.

A particular condição da especialidade de MGF em Portugal foi objecto de análise mais detalhada no Capítulo I, da Parte I. Os poucos trabalhos que existem retratam uma profissão com um percurso histórico e social repleto de vicissitudes: desde a sua origem, à criação da especialidade e à sua incorporação nos centros de saúde, denota-se uma "carreira socio-simbólica" que vai concorrendo com a evolução da carreira profissional. Nessa "carreira socio-simbólica", a clínica geral, hoje mais designada por medicina geral e familiar, e socialmente identificada por "médico de família" tem surgido como uma profissão sem prestígio social, com reduzida autonomia, a ocupar os lugares periféricos à sede central de produção e reprodução do poder do conhecimento médico. Poderá, então, falar-se de autonomia profissional e auto-regulação da profissão de clínica geral quando podemos estar face a uma profissão que, pela herança socio-cultural, nunca (ob)teve o monopólio do conhecimento, do prestígio e do domínio profissional? E neste sentido, poderemos avançar com a tese da desprofissionalização?

Um segundo questionamento emerge precisamente a partir da introdução das novas políticas de gestão e organização dos CSP e do trabalho. As linhas orientadoras da reforma, que já expusemos no Capítulo I, estão ideologicamente enquadradas na e pela nova gestão pública que consubstancia a tendência de gestão dos serviços públicos de

saúde em vários países. Como vimos, a partir das abordagens já desenvolvidas, o novo contexto origina um vasto conjunto de novas questões, a que sociologia da saúde se tem dedicado cada vez mais, e que se colocam com grande pertinência nesta investigação. Vejamos: a USF, enquanto novo modelo organizativo representativo destas tendências de pendor burocratizante e racional, altera as práticas profissionais? A contratualização, que se traduz numa monitorização permanente do desempenho, afecta a autonomia profissional? Os padrões de produtividade ditados pelos indicadores alteram a prática clínica? Particularmente o acto médico mais importante – a consulta. Estaremos face a um processo de re-hierarquização da medicina e enfermagem, como referem Calnan e Gabe (2009)?

Esta referência teórica, pontuada pelas perspectivas neweberianas, pelas correntes do profissionalismo e pelas formas de proletarização e desprofissionalização, agora enquadradas por novas formas de gestão, servirá para melhor compreender as mudanças que se operam no quotidiano de trabalho do centro de saúde e da USF. E se estes marcos teóricos podem ser utilizados no estudo das duas unidades (CS e USF), podemos pressupor que à USF melhor se aplicam as mais recentes problematizações sobre os efeitos da nova gestão pública nos CSP.

Chegados aqui, dispomos já de um articulado de perspectivas e conceitos para o estudo do CS, da USF e dos principais actores profissionais associados. Trata-se de uma base teórica construída em torno da problematização de conceitos, a maioria com origem na sociologia da saúde e na sociologia das profissões, mas, a nosso ver, transportáveis e aplicáveis à realidade organizacional onde são prestados os cuidados de saúde primários – o centro de saúde e a USF. Desta discussão salientamos os conceitos de autonomia e autoridade organizacional versus autonomia e autoridade profissional. Face à crescente burocratização administrativa, resultante das novas medidas políticas, em que os sistemas de informatização do trabalho e do próprio processo produtivo de cuidados tornaram a utilização de meios informáticos num dos principais instrumentos de exercício da profissão, destaca-se igualmente conceitos de profissionalização e proletarização dos profissionais.

Mas, como também já evidenciámos, há a necessidade de direccionar igualmente a atenção para os processos sociais e as práticas dos actores que diariamente ocorrem nas

organizações e conceder-lhes a importância analítica que efectivamente têm na desocultação das dimensões informais da vida organizacional. Nessas estruturas informais encontram-se as dimensões que escapam à burocracia racional, mas que são empiricamente fundamentais para se perceber níveis de autonomia e legitimidade dos profissionais nas suas práticas diárias, capacidade de regulação diária das actividades, ou seja, o que escapa ao plano normativo racional-administrativo. Para isto e por isto, estabelece-se aqui um importante ponto de intersecção teórico-analítica com a perspectiva da ordem negociada (Strauss, 1992), com o objectivo de perceber as acções do quotidiano de trabalho, os contextos onde ocorrem e a influência que este exerce sobre elas.

A teoria da *ordem negociada* assenta no pressuposto de que toda a ordem social ou organizacional é uma ordem negociada, nunca é estática, e deve ser conceptualizada como um sistema de negociação permanente, onde processos contínuos de acordos tácitos, de concordâncias não oficiais e de decisões officiosas ocorrem entre os diversos grupos (Strauss, 1992). Esses processos contínuos de negociação estão sempre subordinadas a condições estruturais específicas (quem negocia com quem, quando, a propósito de quê?) e os resultados das negociações têm limites temporais, serão revistos, reavaliados, ou renovados, dando origem, subsequentemente, a novos processos de negociação (Strauss, 1992, 250 – 251).

Esta teoria, embora tendo sido criada para o estudo dos hospitais psiquiátricos, pode igualmente servir para o estudo de hospitais não psiquiátricos, bem como de outras organizações (Strauss, 1992, 87). Considerando que os estudos sobre as organizações tendem a minimizar os factores de transformação, tanto interna como externa, Strauss propõe, então, um modelo de análise que repousa sobre uma questão central da problemática sociológica: como se mantém uma ordem³⁰ em dada organização face às mudanças inevitáveis, tanto internas como externas? Assume a sua inspiração em Mead para se focar na importância da negociação que caracteriza a vida organizacional. O hospital é visto como um meio altamente profissionalizado, onde diversos profissionais se encontram, em momentos diferentes das suas carreiras, com estatutos diferenciados e com formações teóricas (e ideológicas) diversas, em que as normas que regem as diferentes

³⁰ Que o autor define como algo em que todos os membros de uma sociedade ou organização colaboram quando produzem os acordos e os contratos em vigor que constituem os seus fundamentos.

profissões estão longe de ser exaustivas, originando, assim, a necessidade de uma negociação contínua. Os profissionais envolvem-se, assim, em complexos processos de negociação onde procuram conciliar os seus projectos individuais com os objectivos institucionais.

*Negociação*³¹ é o conceito central desta teoria e traduz as formas de acção que os indivíduos desenvolvem para concretizarem os seus objectivos. Strauss enumera os aspectos essenciais a considerar no conceito de negociação, que podemos resumir da seguinte forma: a ordem organizacional é uma ordem negociada; as negociações específicas são subordinadas às condições estruturais; os resultados das negociações têm limites temporais, são reavaliados, revistos, ou renovados; novas negociações ocorrem diariamente; a introdução de um elemento novo produz alterações na ordem negociada (Strauss, 1992, 250 – 251).

Os processos de negociação – estratégias de interacção utilizadas pelos actores no processo negocial – ocorrem num determinado “contexto estrutural” mais lato e mais englobante, que transcende o “contexto de negociação”, e no interior do qual decorrem as negociações³². Entre um e outro exerce-se uma influência recíproca, já que o contexto de negociação comporta um conjunto de propriedades estruturais, que Strauss (1992, 260) enuncia como sendo: o número de negociadores; a sua experiência; o ritmo das negociações; o relativo equilíbrio de poder; a natureza dos respectivos interesses; a visibilidade das transacções efectuadas; o número e a complexidade do que é negociado; a clareza e a legitimidade das questões; as opções tomadas para evitar ou interromper as negociações. Estas propriedades estruturais são igualmente condicionantes dos processos negociativos, colocando-se assim em evidência a interdependência entre o contexto de negociação e o contexto estrutural. Por sua vez, também os resultados das negociações podem contribuir para modificações nos contextos negociativos e em futuras negociações. Estamos face a uma dialéctica, repetidamente reiterada pelo autor, entre os contextos

³¹ A ideia de negociação, como explica o autor, impôs-se à sua atenção aquando da observação de dois hospitais psiquiátricos, em que os cenários organizacionais eram permanentemente geridos de maneira flexível, sem regras firmes, onde as pessoas estavam sempre a negociar algo.

³² Strauss exemplifica que quando as negociações se desenrolam no contexto de um hospital psiquiátrico, o contexto estrutural compreende as propriedades do sistema de saúde, a sub-especialização em psiquiatria, a especialização nas profissões da saúde e a divisão do trabalho no hospital psiquiátrico (Strauss, 1992, 260).

estrutural e negocial.

Ora, é precisamente nesta possibilidade de articulação entre os processos negociais diariamente desencadeados pelos profissionais e a sua interdependência com o contexto estrutural mais amplo que esta teoria mostra ser adequada para dar visibilidade e relevo às dimensões informais da vida diária da organização. Ao focar-se analiticamente o contexto estrutural evidenciam-se as especificidades de organização e os modelos de regulação da actividade profissional; a microfocagem no contexto negocial permitirá captar as estratégias da negociação diária das regras informais da actividade e descortinar os atributos profissionais que ultrapassam o racionalmente regulado.

O interesse da teoria da Ordem Negociada e do modelo de análise proposto, dizem Carricaburu e Ménoret (2005, 31), está no estudo das interacções, não só entre as diferentes categorias profissionais, como também entre os profissionais e os não-profissionais, contrariamente a outras abordagens focadas nas posições hierárquicas. É precisamente o que pretendemos: o estudo das interacções diárias entre profissionais e entre estes e os não-profissionais, nomeadamente os doentes. É para explorarmos analiticamente as dimensões informais, que estão subjacentes às múltiplas interacções que ocorrem no centro de saúde e na USF, que convocamos a teoria da ordem negociada.

Da articulação das perspectivas que acabámos de enunciar resultam as linhas teóricas e os conceitos centrais e estruturantes do traçado analítico que se define para esta investigação. Partimos da teoria da burocracia racional de Weber para caracterizar as dimensões estruturais do CS e da USF. Problematiza-se a sua contribuição para o estudo da componente formal da organização CS e USF e consideram-se os efeitos decorrentes da introdução de novos modelos de gestão na USF. Recorre-se às linhas teóricas das teses do profissionalismo como quadro referencial para enquadrar os conceitos de autonomia e auto-regulação profissional e recolocam-se em discussão as teses da desprofissionalização e proletarização num contexto de reforma com implicações nos modelos de organização do trabalho e eventual re-estratificação das profissões na organização e na divisão do trabalho.

A partir deste enquadramento emergem várias questões: as recentes medidas reformativas, com acentuado pendor regulatório do trabalho, incorporarão novas formas de profissionalidade? Introduzirão alterações estruturais nas profissões envolvidas?

Referimos, concretamente, a monitorização do trabalho e a classificação de actos e tarefas introduzidos no modelo USF, de que são exemplo a definição administrativa das regras de marcação de consultas médicas e dos actos da enfermagem (quantas e quando) e a definição dos tempos de espera. De igual modo, a criação de um modelo produtivo assente em suplementos salariais e/ou incentivos institucionais, que consequências trará para a reformulação dos estatutos profissionais ou para o reposicionamento das profissões?

Num outro patamar de análise, discute-se o CS e a USF como ordens diariamente negociadas. Recorrendo à teoria da ordem negociada, procura-se captar e disponibilizar para a discussão sociológica o quotidiano informal destas unidades de cuidados de saúde. Ou seja, a matéria social, *espontânea e laboriosamente* produzida e negociada no dia-a-dia da actividade institucional, espelha a organização por *dentro*, e permitirá uma análise mais minuciosa do quotidiano laboral.

2. Do quadro teórico ao objecto de estudo

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) tende a materializar-se em duas peças: o hospital e o centro de saúde (CS), consideradas as pedras angulares da arquitectura conceptual e organizacional do SNS. Note-se, contudo, que um e outro têm funções distintas: ao hospital compete intervir na doença, prestando cuidados de saúde diferenciados e especializados; ao CS compete oferecer cuidados primários e implementar programas de promoção de saúde e de prevenção da doença. Por outras palavras, o desenho conceptual das funções do hospital e do CS remetem o primeiro para um lugar de retaguarda e o segundo para uma posição primeira e de proximidade com os cidadãos, conferindo uma posição de primazia aos serviços de saúde preventivos sobre os serviços curativos hospitalares.

Esta hierarquização dos serviços de saúde traduz, aliás, uma mudança de paradigma das concepções sobre a gestão da saúde. Desencadeado pela Declaração de Alma-Ata (1978), nas últimas décadas emerge um movimento em prol da clínica geral. Preconiza-se a supremacia da prevenção da doença e da promoção da saúde, reclama-se a importância das abordagens globais do indivíduo e da doença, critica-se o modelo biomédico e a medicina tecnológica, sempre redutora do sujeito-ser ao corpo-doente.

Porém, se, ao nível das prioridades político-legais, a atenção se tem centrado, primeiro numa política de saúde pública, e mais tarde nos cuidados de saúde primários, ao nível da realidade da prestação de cuidados e das condições sócio-profissionais, têm-se evidenciado algumas clivagens entre a importância atribuída e o lugar assumido aos/pelos CS. Os CS tendem a ocupar lugares periféricos ao hospital e os profissionais de medicina geral e familiar e de enfermagem não dispõem dos atributos de prestígio e poder acumulados pelos profissionais do hospital, como têm vindo a notar alguns trabalhos de investigação. É este aparente paradoxo entre a posição atribuída e a posição possuída que corporiza a base da problemática analítica desta investigação e a orienta para a necessidade da pesquisa de terreno.

Acresce que em 2005 o governo encetou uma nova reforma do SNS, considerando que esta se deveria iniciar pelo sector dos CSP, eleitos como a pedra angular da reforma. A implementação das medidas reformadoras coincidiu temporalmente com o desenho do projecto de investigação e com a pesquisa empírica, introduzindo desde logo a necessidade e a vontade de alargar o âmbito empírico e analítico e eleger a USF – uma das principais inovações da reforma – como uma unidade analítica fundamental.

Neste enquadramento, o nosso problema de investigação desenha-se a partir de três eixos analíticos:

1. O centro de saúde e a USF como organizações sociais;
2. O centro de saúde e a USF como lugares profissionais;
3. O centro de saúde e a USF como matéria política.

No primeiro eixo, entende-se o CS e a USF como organizações sociais, com algum grau de complexidade, com modelos de racionalização da gestão e administração das actividades e serviços produzidos, dispondo para tal de um conjunto de estruturas formais responsáveis por regular o seu funcionamento diário, que os aproximam do modelo da administração burocrática. Integra igualmente um vector informal, onde se enquadram as acções e interacções não previstas, nem prescritas pela hierarquia formal.

Esta distinção entre os aspectos formais e informais é somente analítica, já que, na realidade, uns e outros encontram-se “inextricavelmente” ligados (Blau e Scott, 1979, 18 e 19), tornando impossível compreender a natureza de uma organização, sem investigar as redes de relações informais, as regras e as normas extra-oficiais, bem como a hierarquia

informal de autoridade. Por isto, neste primeiro ângulo enquadrador procede-se a uma caracterização genérica da componente formal e desenvolve-se uma observação e análise intensivas da dinâmica informal, diariamente produzida e reproduzida nas interações sociais dos profissionais.

No segundo eixo, perspectiva-se o CS e a USF enquanto espaços sociais de dinâmicas profissionais. Um espaço onde coexistem diferentes grupos profissionais, cada qual com a sua trajetória, cada qual com as suas expectativas e estratégias, face a um contexto de profunda mudança. Pretende-se conhecer as escolhas e as aspirações que determinaram as posições de cada grupo profissional na divisão do trabalho e as respectivas condições da sua conservação. Problematiza-se o estatuto social, profissional e científico destes grupos profissionais e procura-se perceber os factores que contribuem para uma imagem de (des)prestígio social.

No terceiro eixo focaliza-se o centro de saúde e a USF enquanto peças de matéria política diversa. Partindo de um levantamento dos principais articulados legais, monitorizados nos discursos dos agentes do terreno, identificam-se e interpretam-se concordâncias e discordâncias com as principais orientações políticas, bem como o ajustamento da sua concretização à realidade. Atribui-se particular relevância às mudanças em curso: à USF enquanto modelo inovador e aos Agrupamentos de Centros de Saúde, enquanto novo conceito de reorganização administrativa dos cuidados primários. O que trazem de novo relativamente à história dos cuidados de saúde primários e dos centros de saúde?

Ao iniciar-se a pesquisa pelo CS, ainda em modelo de funcionamento pré-reforma, considera-se ser esta a forma mais adequada de perceber esta organização, ainda sem o maior impacto das alterações produzidas pela reforma. Tendo como ponto de partida a premissa teórica de que o CS ocupa um lugar subestimado em relação ao hospital, parte-se para o terreno para observar as dinâmicas de trabalho, para o questionar, para indagar os profissionais, para captar opiniões e posicionamentos. Por mero acaso de calendário académico, a concretização da investigação virá a decorrer em permanente simultaneidade com a implementação da reforma. Por isso, se num primeiro momento de desenho do projecto de investigação escolhemos o CS como objecto de estudo, face ao já referido quadro de mudanças no sector dos CSP, optámos por transformar a mudança, ela própria, em objecto de estudo. Elegemos o CS e a USF como objecto de estudo, e a

reforma como foco de atenção permanente para acompanharmos os seus efeitos nas unidades de cuidados primários. Assumindo que desenvolvemos uma investigação sobre um sector que se encontra em profunda transformação (política, administrativa e organizativa), escolhemos um CS que inicialmente integrava duas USF.

Primeiramente foi considerado como objecto empírico o CS e as duas USF nele integradas, contudo e tendo em conta os objectivos que presidiam ao projecto de investigação – particularmente o de analisar as mudanças introduzidas pelo modelo USF – considerou-se sociologicamente mais relevante e empiricamente mais produtivo optar pelo estudo de apenas uma USF (também ela integrante do CS). Foram então equacionadas razões de exequibilidade do projecto de investigação, nomeadamente a impossibilidade de procedermos a um acompanhamento intensivo das actividades desenvolvidas em três locais distintos. Por conseguinte, foram abandonadas as actividades de pesquisa na USF que partilhava as instalações com o CS e a ela não faremos muitas referências, salvo quando, pela contiguidade física que detém com o CS, tal se torne necessário e útil.

Escolhe-se a USF mais antiga (pertencente ao grupo das primeiras 50 USF do país), dado estar constituída há mais tempo e assim possibilitar um acompanhamento mais intensivo e uma análise em maior profundidade. Além destas razões, tomou-se ainda em conta o facto de possuir instalações próprias, separadas por cerca de 15 kilometros de distância do centro de saúde. Esta lonjura geográfica potenciava a individualização do trabalho de pesquisa e evitaria eventuais colonizações dos trabalhadores pela organização-mãe na relação com a investigadora.

Embora cientes das intensas mudanças que ocorriam, fomos surpreendidos, durante a pesquisa de terreno, pela transformação do CS, ele próprio, em USF.

Com a passagem do CS a USF, a investigação confronta-se com um quadro empírico de grande indefinição e alguma complexidade: o CS extingue-se enquanto unidade prestadora de cuidados de saúde, mas mantém, provisoriamente, a integração de alguns trabalhadores (aqueles que não foram incorporados na USF e que aguardam a redefinição dos seus lugares profissionais no âmbito da criação do Agrupamento de Centros de Saúde daquela zona). Esta circunstância, que inicialmente nos pareceu constituir um obstáculo metodológico intransponível, revelou-se, afinal, uma oportunidade única para

acompanhar todo o processo de criação de uma USF e permitiu confrontar duas realidades de prestação de cuidados com modelos de organização do trabalho distintos – o do CS e o da USF – mas em que os profissionais são os mesmos.

Eleito o CS e a USF como objecto de estudo, importava aproveitar a oportunidade política e eleger a reforma como um ângulo de análise transversal a toda a investigação. Assim foi. Iniciámos a investigação com o estudo de um CS, que permitiria a abordagem sociológica ao modelo *CS-tradicional*, e uma USF, representativa do novo modelo introduzido pela reforma. Estavam igualmente definidos dois vectores de análise nucleares: o que permanece e o que muda com e após a introdução das medidas reformadoras? Com a transformação do CS em USF, inicia-se uma nova fase na investigação, agora dividida em três unidades de estudo: o CS *tradicional*, a USF que emerge a partir do próprio CS, a que chamaremos USF A e a USF primeiramente considerada, que designamos por USF B. A atribuição destas designações prende-se com razões de conveniência metodológica (sendo duas unidades havia necessidade de as diferenciar, sem, contudo, lhes atribuir o nome institucional para preservação do seu anonimato) e de concordância com os modelos organizativos em que cada uma se inscreve. A USF A é uma USF em modelo A; a USF B é uma USF em modelo B.

É neste quadro de profunda mudança que nos confrontámos com a necessidade de adaptar o projecto de investigação a uma nova realidade organizacional que se impunha como inevitável objecto de estudo. Inicialmente pretendíamos confrontar a organização CS com a USF, analisando as dimensões continuidade e mudança, mas, de repente, aquele que constituía um primeiro objecto de estudo, o CS, deixaria de existir num curto espaço de tempo. Aproveitámos a oportunidade única de acompanhar sociologicamente todo o processo de origem, preparação e criação de uma USF. Mantivemos as actividades de pesquisa num contexto organizacional de profunda e intensa mudança e, simultaneamente, acompanhámos o processo de construção da USF e de desconstrução do CS.

Dado que em investigação qualitativa os desenhos de pesquisa nunca poderão ser planos estáticos, sequenciais e com elevado grau de previsibilidade, vimo-nos obrigados a definir sub-unidades de análise, que mais não são do que o desmembramento do CS em três configurações distintas. Neste caso, a estrutura do projecto foi sendo revista, adaptada e

reformulada à medida dos ritmos e do curso da mudança. Como diz Machado Pais (2002, 152) os desenhos de pesquisa em métodos qualitativos, porque se vão elaborando à medida da investigação, são emergentes e em cascata. Os questionamentos são contínuos, as reformulações permanentes em função de novos dados e novas interpretações.

Da mutabilidade do objecto e da evolução da reforma surge também uma necessidade de determinar convenções terminológicas, fundamentais para evitar equívocos linguísticos. Servem para clarificar uma realidade que, pelas transformações geradas pela alteração do quadro legal, concentra alguma diversidade de designações e conceitos, ao que se acrescenta, neste caso, a particular condição deste centro de saúde, que embora ainda o sendo oficialmente, já não o é na realidade, e durante um determinado período foi parcialmente centro de saúde e parcialmente USF. Assim, e para que fique claro, a designação centro de saúde tradicional reporta ao centro de saúde tal como existia antes da actual reforma.

O objecto de estudo é Centro de Saúde e a USF. Embora na fase final do trabalho de campo o CS se encontre materialmente reduzido a quatro gabinetes e seis profissionais, sem actividade clínica e sem prestação de cuidados de saúde à comunidade. Mas é por o objecto em estudo ter sido palco destas mudanças que se revelou uma matéria de inegável valor para a investigação. Possibilitou um questionamento sociológico cujo alcance ultrapassa as fronteiras do próprio centro de saúde, incluindo na mira do observador os efeitos menos visíveis da reforma. Para dar conta dos ciclos de mudança que o CS atravessou, foi necessário criar três categorias analíticas, que correspondem a três temporalidades da evolução da implementação das políticas:

1. O centro de saúde *tradicional*, como unidade prestadora de cuidados de saúde;
2. O centro de saúde *em transição*, a que corresponde a transformação do CS em USF;
3. O centro de saúde *pós-USF*, como entidade administrativa (correspondente à fase em que a prestação de serviços se encontra reduzida a acções de saúde escolar).

A primeira compreende o período inicial da pesquisa e pretende caracterizar o CS

enquanto organização social, nas componentes formal e informal. Ou seja, procura perceber-se o que é?; que serviços oferece?; como se organiza o trabalho?

Na segunda analisa-se o processo transformativo do CS em USF e, dada a proximidade e contiguidade física e temporal destas duas unidades, direcciona-se grande atenção para a dinâmica de criação desta nova unidade, procurando perceber a USF enquanto novo modelo de organização do trabalho e de prestação de cuidados de saúde, mantendo igualmente as componentes formal e informal sob o foco analítico. Procura dar-se resposta às questões: o que é o modelo USF? O que traz de novo em relação ao CS? O que motiva os profissionais para aderirem à USF?

A terceira corresponde à fase final da pesquisa e recentra-se no CS, agora como entidade administrativa, focalizando os efeitos directos da reforma, quer pela transformação do CS em USF quer pela (atrasada) implementação dos ACES. Procura ainda analisar-se uma nova ordem quotidiana, provisória e dependente da entrada em funcionamento do ACES deste concelho.

Paralelamente a este(s) objecto(s) de estudo, foi, como já dissemos, desde sempre eleito um outro – uma USF já existente à data de início desta investigação, em funcionamento desde 29 de Dezembro de 2006. Trata-se de uma USF que, embora pertencendo ao CS em estudo, possui instalações próprias e autonomia técnica e administrativa.

Sublinhamos que a construção destas três configurações serve apenas objectivos analíticos e metodológicos. Na investigação e nas actividades de observação e recolha de informação, o objecto de estudo foi sempre uno – o CS e a USF.

2.1 As hipóteses de trabalho

Da vasta literatura que tem sido produzida sobre a saúde, desde a especificamente médica, à da sociologia da saúde, passando por muitos outros domínios científicos, facilmente se constata os efeitos da evolução da medicina na qualidade de vida das populações, bem como dos significativos avanços que se operaram no campo dos recursos tecnológicos aplicados na prática médica. Note-se, porém, que os progressos surgem quase sempre associados à organização hospitalar, lugar de elevada e sofisticada tecnologia, e de grande especialização do conhecimento científico (Freidson, 1984 e 1988; Mechanic, 1983;

Calnan e Gabe, 1991; Turner, 1999; Bungener e Baszanger, 2002; Campos, 1986; Carapinheiro, 1993). Esta tendência de tecnicização e especialização (Bungener e Baszanger, 2002) dos saberes marcaram fortemente o universo das competências médicas.

De igual modo, também a investigação sociológica tem privilegiado o hospital enquanto unidade analítica. Foi a partir de Weber e do seu trabalho sobre o fenómeno burocrático nas sociedades modernas que surgiram os primeiros estudos sobre o hospital como organização (Carricaburn e Ménoret, 2005), iniciando-se um período em que a disciplina atribui quase toda a sua atenção à organização hospitalar, aos profissionais e aos cuidados ali produzidos. A posição hegemónica do hospital na estrutura geral dos cuidados de saúde e na agenda científica das prioridades da investigação tem remetido os cuidados generalistas e os seus profissionais médicos para uma posição secundária e negligenciada.

Todavia, é igualmente reconhecido que na segunda metade do século passado vários factores concorreram para uma reorientação das políticas de saúde, passando estas a preconizar os cuidados de saúde primários como o alicerce dos sistemas de saúde e a medicina geral a ser designada como fulcral na estrutura dos cuidados (Calnan e Gabe, 1991; Elston, 1991; MacDonald, 1993; Baszanger, 1983; Bungener e Baszanger, 2002).

A nível nacional, a publicação do Decreto-lei nº 413/1971, de 27 de Setembro, vem, precisamente, projectar uma política de cuidados primários, em muito consonante com as orientações internacionais em vigor na época e, pouco mais tarde, preconizada pela Conferência de Alma-Ata de 1978. Logo nesta década, a cobertura dos centros de saúde estende-se a quase todos os concelhos do país, traduzindo a assumpção do investimento nos serviços de prevenção da saúde (Simões, 2004). Mas esta reorientação das políticas de saúde não evita que o investimento visível tenha sido sempre canalizado para o hospital (Carapinheiro e Hespanha, 1997; Carapinheiro, 2001), continuando a atribuir-se ao hospital grande centralidade na estrutura dos cuidados saúde portugueses, resultando, assim, a manutenção da valorização do hospital e dos médicos hospitalares em detrimento do centro de saúde e do clínico geral, sendo estes últimos representados por imagens sociais que os associam a práticas cientificamente desqualificadas.

A abordagem global do doente, característica central do médico generalista, afasta-o dos cuidados técnicos oferecidos pelo hospital e dissocia-o do prestígio do médico hospitalar.

Será este pendor tecnológico e altamente especializado da medicina hospitalar, do qual o médico generalista se encontra afastado, um dos principais factores que vem remetendo a medicina geral para “uma posição residual e estatutariamente dominada na hierarquia do trabalho médico” (Bungener e Baszanger, 2002, 24)?

Da escassa produção teórica e empírica sobre o centro de saúde, destaca-se, a nível nacional, os trabalhos de Carapinheiro *et al* (Carapinheiro e Hespanha, 1997; Carapinheiro e Cortes, 2000, Carapinheiro e Page, 2001 e Carapinheiro, 2006), nos quais é sublinhada a posição periférica do centro de saúde e do clínico geral no contexto global da estrutura dos serviços de saúde em Portugal, em contradição com as linhas de orientação política, nacional e internacionalmente preconizadas, que, desde os anos setenta, reconhecem a importância vital destes cuidados para os sistemas de saúde e para o bem-estar das populações.

Da análise dos trabalhos existentes, quer da sociologia da saúde, quer de documentos produzidos por organismos internacionais, decorre a ideia de que os cuidados de saúde primários não têm, efectivamente, ocupado o lugar de centralidade que as políticas lhe atribuem, surgindo o centro de saúde – a principal organização produtora de cuidados de saúde primários –, quer no plano de definição das políticas, quer nas preferências dos profissionais, quer, ainda, nas representações do cidadão comum, numa posição pouco reconhecida e pouco valorizada nos serviços de saúde.

É, portanto, desta elaboração teórico-reflexiva que surge uma primeira premissa teórica que enquadra o estudo do centro de saúde. Acontece, porém, como já referimos, que a realização da investigação coincidiu com uma nova reforma da saúde, que se inicia precisamente pelo sector dos cuidados primários, afirmando a sua primazia sobre os cuidados hospitalares e propondo-se reestruturar e reconfigurar todo o sector dos cuidados primários. Trata-se de um processo lento e complexo e incapaz de invalidar, por enquanto, a premissa teórica com que partimos para o estudo do centro de saúde: a de que este organismo ocupará um lugar subvalorizado em relação ao hospital e de que os novos modelos de organização do trabalho e de produção de cuidados poderão originar processos de re-hierarquização das profissões e dos profissionais. Mas acrescenta outras interrogações. Neste enquadramento as hipóteses em estudo são:

1. Ocupará o centro de saúde uma posição social e cientificamente marginal em

relação ao hospital? E porquê?

2. Que alterações produzirão as medidas reformadoras, nos planos organizacional e profissional?
3. Os novos modelos organizativos produzirão um reforço das normas burocráticas e da regulação estatal, diluindo para níveis residuais o recurso às regras profissionais? Ou seja, estamos face a processos de desprofissionalização ou de proletarização das profissões? Verificam-se processos de re-hierarquização interna motivados pelas novas formas de gestão?

Pela complexidade e abrangência do processo reformativo, questiona-se ainda mais concretamente o que muda no quotidiano:

- da realidade organizacional;
- da organização das práticas dos cuidados;
- do exercício profissional.

Das hipóteses centrais decorrem as hipóteses auxiliares, mas igualmente nucleares à compreensão do processo de mudança. Estão directamente ligadas à primeira concretização da mudança no terreno e dizem respeito à criação das USF e são:

- O que traz de diferente para os profissionais o modelo USF?
- Que factores motivam os profissionais para a adesão a este novo modelo?
- Que expectativas nele depositam?
- Como se posicionam em relação às novas medidas políticas?

Embora a hipótese central e as hipóteses auxiliares tenham sido ditadas pelo contexto de reforma em que se encontra o objecto em estudo, a sua definição obedeceu à orientação do quadro teórico que estrutura a investigação. Convocando directamente as principais linhas teóricas discutidas, percebemos a clara articulação com as hipóteses que formulámos. Da discussão em torno da dupla linha de autoridade no hospital extraímos perspectivas para a análise da dinâmica formal e informal no centro de saúde e na USF. No confronto dos retratos colhidos perceberemos a existência/permanência/alteração dos sistemas de autoridade, das relações inter e intra-profissionais, e dos modelos de organização do trabalho.

No decurso do trabalho de campo, o CS transforma-se em USF. Neste processo, que se observará diariamente, direcciona-se toda a atenção para captar no terreno dimensões da segunda hipótese de trabalho – o que é que está a mudar?

Criada, inaugurada e formalmente em funcionamento, pressupõe-se que esta nova USF representa, ela própria, o produto da mudança e procura-se nessa realidade uma (nova) estrutura organizacional, questiona-se o que vem trazer de novo aos doentes e aos profissionais, e as razões que estiveram subjacentes à sua criação.

Na segunda USF objecto deste estudo, pressupõe-se que uma nova ordem organizacional diária estará já em vigor, dado que foi uma das primeiras USF a nível nacional a entrar em funcionamento. Neste caso, foca-se a atenção nos efeitos da reforma. Sustenta-se que um novo modelo de organização do trabalho estará definido, consolidado e apreendido pelos profissionais, constituindo-se assim no espaço ideal para perceber o que mudou com a criação das USF nos CSP.

2.2 Os objectivos da investigação

Tratando-se de um estudo de caso, os objectivos da investigação visam sobretudo obter conhecimento aprofundado sobre *este* caso. Todo o desenho da investigação, da opção metodológica à escolha das técnicas de pesquisa, foi traçado tendo em vista a recolha de informação abrangente, tanto em amplitude quanto em profundidade, suficientemente diversa e abarcante que fosse capaz de retratar a realidade organizacional e produzir conhecimento sociológico sobre um sector de cuidados de saúde ainda pouco estudado. Assim, definimos como objectivos de âmbito geral:

1. Obter conhecimento, abrangente e aprofundado, sobre as organizações "centro de saúde" e "unidade de saúde familiar";
2. Perceber o impacto das medidas reformadoras, actualmente em processo de implementação no sector dos cuidados primários, nos posicionamentos, expectativas e opiniões dos profissionais de saúde face às novas políticas;
3. Identificar tendências de mudança da posição do centro de saúde na estrutura global dos serviços de saúde.

E como objectivos específicos:

1. Conhecer o funcionamento e as características estruturais do centro de saúde e da USF, nomeadamente: serviços disponibilizados; a organização e divisão do trabalho; a hierarquia de funções; as relações inter e intra-profissionais; a estrutura de poder e de autoridade; o tipo de gestão; a eventual rotinização e ritualização da vida diária; os fluxos de articulação e comunicação inter-institucional; as actividades realizadas com a comunidade (acções de promoção, prevenção, educação, apoio domiciliário, entre outras);
2. Conhecer as hierarquias profissionais, formais e informais, as formas de autonomia, as trajectórias profissionais, bem como as expectativas de carreira dos principais participantes na organização e divisão do trabalho;
3. Conhecer as especificidades de funcionamento da USF, no sentido de identificar eventuais semelhanças e dissemelhanças em relação ao modelo do centro de saúde.

3. Opções metodológicas e estratégias de pesquisa

A opção por um estudo qualitativo decorre, naturalmente, do quadro teórico, dos objectivos da investigação e da particular complexidade do objecto de estudo. Como já terá ficado evidente, as sucessivas mutações do objecto inviabilizariam a utilização de qualquer outra metodologia de cariz mais quantitativo, onde, por certo, ficariam soterrados os traços verdadeiramente estruturantes desta realidade em estudo.

Dentro da metodologia qualitativa, o estudo de caso permitia direccionar o foco analítico para uma dimensão micro das estruturas e dos contextos organizacionais, das relações interpessoais e interprofissionais, das dinâmicas produzidas nos quotidianos de trabalho e dos universos simbólicos dos profissionais. Estamos, portanto, no território das correntes clássicas da etnometodologia e do interaccionismo (e interaccionismo simbólico) em que o investigador elege a observação-participante como técnica privilegiada na recolha de informação, prestando particular atenção ao sujeito enquanto produtor de interacção social.

A teorização do interaccionismo simbólico (e da etnometodologia) direcciona a focagem analítica para os fenómenos contextualizados na realidade onde ocorrem, buscando um conhecimento a partir do interior dos processos que os originam. É o que pretendemos: um conhecimento de dentro da organização, com uma pretensão que, em linguagem Bourdiana, poderá ser designada por uma procura de *exteriorização* da *interioridade* de uma organização prestadora de cuidados primários. Pretende prestar-se grande atenção ao sujeito interactuante, focalizando-se os processos de interacção social, as condutas dos profissionais (Blumer, 1969) e a simbologia que os suporta.

Nestes domínios, é precisamente Erving Goffmann que introduz na teoria sociológica a metáfora do actor social e da perspectiva dramática, pedida de empréstimo ao teatro. Goffman em “A Apresentação do Eu na Vida de Todos os Dias” (1993) assenta o estudo das interacções na analogia do mundo a um palco e dos sujeitos sociais a actores, que ao longo das trajectórias de vida vão desempenhando múltiplos papéis. O objectivo do *actor* é executar o melhor desempenho do papel de que está acometido, devendo para tal gerir bem as impressões para nunca perder a *face*. É um modelo dramático de análise da realidade social capaz de desmontar os esquemas de fabricação da imagem dos actores e, assim, permitir aceder às lógicas e estratégias utilizadas no seu processo de construção. Neste sentido, possibilita uma maior aproximação da interpretação à realidade.

Sendo a investigação qualitativa inerentemente multimetódica (Stake, 1994), e abrangendo diversas estratégias de pesquisa empírica, num estudo de caso intensivo não se pode recorrer a uma única técnica, mas a uma pluralidade delas, accionadas alternada ou simultaneamente (Costa, 1986) de acordo com as exigências do processo de investigação e as hipóteses formuladas. Como reconhecem Daly e McDonald (1992), a investigação em saúde requer uma metodologia flexível para se obter as respostas mais compreensivas, já que quando um problema é estudado por diferentes perspectivas de pesquisa, levantam-se diferentes questões e recolhe-se uma diversidade de dados (Daly e McDonald, 1992, 3). Ora, este é, precisamente, um dos nossos principais objectivos – a recolha de informação abrangente que permita uma caracterização aprofundada e sob diversos aspectos da vida organizacional do CS e da USF.

Neste sentido, procurámos construir uma grelha de pesquisa pluri-instrumental, operacional e flexível, que fosse capaz de captar a sucessão, mais ou menos imprevista,

das “possibilidades de observação inesperadas, não programáveis, singularmente significativas” de uma “realidade complexa, em toda a sua espessura e diversidade” (Costa, 1986, 133 – 134) – a realidade organizacional, profissional e social do CS e da USF. Esta é também uma exigência que decorre da hipótese central (e das linhas teóricas subjacentes), que ao pretender equacionar sobre o CS e a USF, enquanto lugares organizacionais e profissionais, obriga a uma profunda imersão na realidade quotidiana. Para isto, exige-se uma metodologia que seja capaz de captar os aspectos dinâmicos da organização, o que se consegue “de dentro, vendo, ouvindo, estudando os documentos com os quais os seus membros orquestram ou justificam as suas actividades” (Dingwall, 1992, 163), o que implica o envolvimento e a penetração do investigador no terreno para compreender como os grupos dão sentido às suas experiências. Como dizem Blau e Scott (1979, 29)

“existem três maneiras de obter informações a respeito de pessoas: observando-as, fazendo-lhes perguntas ou examinando algo escrito por elas ou sobre elas. As três categorias de técnicas de pesquisa que correspondem a essas operações são: observação, entrevista e análise de documentos. Uma dessas técnicas pode ser usada com exclusão das outras, ou um estudo pode combinar os três métodos”.

Optámos por combinar as três técnicas. Elegemos como principais técnicas de pesquisa a observação-participante e a entrevista semi-estruturada e, complementarmente, recolhemos e analisámos a documentação interna disponível e acessível para perceber a estruturação da dinâmica organizacional. A observação-participante foi desenvolvida de forma continuada nas unidades em estudo, permitiu-nos “estar por dentro, ver e ouvir” os actores sociais na realização das actividades e nos diferentes momentos de interacção social; a entrevista semi-estruturada serviu para colher os discursos directos dos profissionais, para os questionar sobre vários aspectos das suas vidas e carreiras e para aprofundar diversas dimensões de análise.

Feita a opção pelo estudo de caso e desenhados os instrumentos de pesquisa nunca se considerou a ambição de produzir informação passível de generalização. Silverman (1992) reconhece que a investigação qualitativa é problemática porque envolve uma falsa polaridade qualitativo/quantitativo. Para ultrapassar essa polaridade, fizeram-se, assumidamente, as escolhas no campo das metodologias qualitativas sustentadas por uma

base teórica e conceptual que atravessasse todo o processo de pesquisa. Porque a “teoria é tanto um ponto final como um ponto de partida da pesquisa” (Blau e Scott, 1979, 21), deverá ser tão robusta cientificamente, quanto adequada empiricamente, para ajudar a identificar o problema e a encontrar a estratégia metodológica mais apropriada (Dingwall, 1992).

Na fase de desenho do projecto de investigação foi realizado um conjunto de entrevistas exploratórias a dirigentes de organismos da tutela, entidades profissionais e científicas, a saber: ao presidente da Secção Regional da Ordem dos Médicos, ao vogal para os CSP da ARS do Norte, ao director do Departamento de Clínica Geral da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e ao director da Revista de Clínica Geral. Obteve-se vasta informação genérica sobre o sector dos CSP, o ensino e a formação em clínica geral e colheram-se opiniões diversas sobre as mudanças políticas em curso. Produziu-se, assim, uma base de informação, extremamente útil para construir um conhecimento prévio da problemática em estudo, indispensável para delinear melhor as principais dimensões do estudo, bem como para precisar ângulos de análise.

A entrada no campo de pesquisa impôs que se estabelecesse um cronograma e uma agenda de trabalho para definir tempos e períodos de observação e calendarizar a realização das entrevistas. A regularidade e os tempos de observação foram determinados em função dos ritmos do processo de investigação e da própria cadência dos tempos de trabalho, já que, como reconhece Burgess (1997, 66) “as actividades que ocorrem numa organização podem variar de acordo com o tempo, tendo cada organização o seu próprio ritmo”.

Assim, numa primeira fase, procedeu-se à observação paralela no CS e na USF B. Com as alterações introduzidas pela passagem da unidade centro de saúde a USF, optou-se por suspender as actividades de pesquisa na USF B para se intensificar a presença no CS. Após três meses de funcionamento da nova USF A foram dadas por concluídas as actividades de pesquisa naquela unidade e retomadas na USF B.

Para cada actividade de observação procedeu-se ao registo das notas em diário de campo, construídos de forma espontânea, logo após a saída da investigadora do terreno. Optou-se pelo registo mnemónico e cronologicamente descritivo do que era observado, procurando que nada fosse excluído do raio de captação dos sentidos. Neles se condensou informação

rica, diversa e abrangente sobre o funcionamento das instituições, as acções, interacções e reacções de profissionais e doentes, dos ditos e entreditos no quotidiano de trabalho, das estratégias e das tacitudes inter e intra-profissionais, enfim, de tudo o que se viu e ouviu e os sentidos retiveram.

No fim do trabalho de campo, estas notas revelaram-se um precioso instrumento de consulta e um importante depósito de informação, utilizado para sequenciar a descrição das ocorrências, para *revisitar* os contextos e ajudar no trabalho analítico, ou para confrontar os discursos dos profissionais afirmados nas entrevistas (os ditos gravados) com os registos em diário de campo, captados noutros momentos e noutros contextos.

Não se poderá dizer que os diários de campo se revelaram mais importantes do que as entrevistas na pesquisa de terreno, mas poder-se-á afirmar que sem este recurso a pesquisa ficaria incomensuravelmente mais pobre. Neles fizemos o registo do que víamos, ouvíamos, do que nem se via nem se ouvia, mas que se percebia, das cores e dos cheiros, das formas, dos espaços, enfim, das linguagens da realidade. As conversas com os profissionais foram registadas em discurso directo. Recorrendo à memória, reproduzia-se o que tinham dito, procurando ser fiel às expressões, às palavras e até aos ritmos e interjeições. Inevitavelmente, perdeu-se o dito integral na sua forma original, mas ganhou-se uma aproximação à realidade. E não será isso o cerne da investigação: aproximações à realidade?

Nas citações que se apresenta ao longo dos capítulos seguintes optámos por manter o discurso directo, embora tenha sido registado depois de ouvido. A decisão foi tomada tendo em conta que a reprodução dos ditos torna o texto mais expressivo e as considerações feitas pelos profissionais ganham mais ênfase. Fica, no entanto, assinalado que os excertos dos diários de campo quando reportam aos dizeres dos profissionais constituem texto reproduzido pela investigadora.

Nas entrevistas o sujeito pode exercer (e exerce) largo controlo sobre o que diz e como diz. O dito é regulado pela racionalidade cognitiva, numa gestão mais ou menos apurada do que se pode e quer dizer e do que não se pode, ou não se quer dizer, ou, ainda, que não se deve dizer, numa lógica de condicionamento e adaptação aos modelos ideológicos do próprio e dos outros, sobretudo das hierarquias. Por outro lado, poderá utilizar-se a entrevista como uma *oportunidade* para veicular um discurso de oposição ou defesa das

ideologias dominantes, na procura de transmitir uma *imagem* de si, dos outros e da organização. Do outro lado, o entrevistador é também um *provocador* de respostas. Do alinhamento à formulação das questões, das ênfases espontâneas neste ou naquele aspecto, à dimensão relacional, tudo deixa, inevitavelmente, perpassar idiosincrasias, valorações, preferências, posicionamentos e subjectividades.

A relação entrevistador/entrevistado traduz também a insuperável dicotomia sujeito/objecto de estudo. Atentos aos factores de perturbação, procurámos, sempre, que o momento, o lugar e a forma da entrevista fossem decididos pelos entrevistados e que a inquirição decorresse num plano de grande liberdade para o sujeito, pontuando os assuntos e as questões, mas permitindo-lhes sempre que discorressem à-vontade sobre os temas, que divergissem, que se alongassem nas respostas, ou que fossem sucintos.

Os diários de campo, resultantes da observação, comportam *outras* limitações e levantam outros questionamentos epistemológicos. Exclusivamente dependentes do investigador, estarão, inevitavelmente, carregados de subjectividade(s). Neste caso, optou-se por reduzir ao imprescindível o registo de notas *in loco* para diminuir os sinais exteriores do papel de observador. Por vezes, refugiávamo-nos numa sala para tomar algumas notas, mas a cadência ininterrupta da acção e o grau de envolvimento e participação da investigadora tornavam visíveis qualquer ausência momentânea e limitavam essa possibilidade.

Chegados ao momento de registar a informação, a insuficiência das palavras e a curteza da memória limitam a sua quantidade e qualidade. O que se regista? O que se esquece? O que se desvaloriza? O que se sobrevaloriza? Tudo parece ser decidido numa arena de processos mentais que teimam em escapar ao controlo da objectividade. É um trabalho de profundo questionamento e um dos problemas com que se debate o investigador-observador, *forçado* a concentrar-se na sua percepção da realidade, está mais susceptível a introduzir a subjectividade na interpretação das situações e das acções observadas.

Com a permanência da investigadora no terreno, geram-se afeições, simpatias, antipatias, afabilidades, hostilidades. Como impedir que todos estes registos *emocionais* se reflectam nos registos *científicos*? Estabelece-se uma circularidade permanente, e angustiante (às vezes quase paralisante), entre o que se sente e o que é relevante para a investigação. Auto-impõe-se o recurso à vigilância epistemológica sobre as condições de produção da

informação, procura-se o distanciamento, introduzindo períodos de ausência dos actores e dos contextos. Afastamentos temporários que se mostraram eficazes no *desligamento* da investigadora das realidades observadas.

Tendo em conta os princípios metodológicos já apresentados, considerou-se desde o início como mais adequado utilizar a entrevista semi-estruturada, elaborada a partir de um painel de tópicos que contemplava aspectos nucleares para a investigação, mas preservando a flexibilidade suficiente para que se adaptasse a cada sujeito. Em cada entrevista realizada o objectivo era o de obter informação aprofundada sobre variados aspectos da vida profissional do entrevistado, das suas impressões e opiniões sobre a organização onde trabalhava, sobre a política e as políticas de saúde, sobre os CSP e tudo o que os circunda, deixando-o discorrer sobre experiências, percursos da vida profissional e pessoal, incursões biográficas e outras decorrências, geradas ao ritmo de uma conversa.

No projecto, a calendarização das entrevistas foi remetida para a fase final do trabalho de campo, depois de efectuada uma considerável recolha de informação através da observação. Assim se fez. No CS, as entrevistas foram realizadas depois da sua transformação em USF. Esta opção, equacionada em termos de utilidade e pertinência para a investigação, permitiu questionar os profissionais já em pleno funcionamento da USF e reflectir para os discursos todo o processo de transformação, bem como os efeitos dessa mudança para cada um dos entrevistados. No CS foram realizadas cinco entrevistas aos trabalhadores que não integraram a USF, três enfermeiros, uma administrativa e a técnica de serviço social.

Na USF A efectuaram-se as entrevistas após um mês e meio da sua entrada em funcionamento, o que permitiu grande proximidade dos entrevistados com o *antes* (o modelo CS) e o *depois* (o modelo USF), um vector fundamental para a hipótese que questiona o que muda e o que permanece e para os objectivos do estudo. Foram entrevistados todos os profissionais, com excepção de duas médicas que recusaram a permissão, num total de 10 entrevistas (quatro a administrativos, quatro a enfermeiros e dois a médicos).

Na USF B as entrevistas foram efectuadas entre Maio e Julho de 2009, seguindo idêntico critério: num primeiro momento desenvolveu-se a observação-participante, permanecendo as presenças regulares da investigadora no terreno para se construir uma

base de informação razoável e, depois, efectuar as entrevistas. Foram realizadas 17 entrevistas; seis a administrativos; cinco a enfermeiros e seis a médicos.

Ao longo do período de participação no terreno fomos percebendo a necessidade de procurar informação nas entidades responsáveis pela concepção e supervisão do processo de implementação da reforma, tornando-se premente a realização de uma entrevista aos dirigentes e mentores da reforma. Esse momento deveria, no entanto, ocorrer na fase final de tratamento da informação para que se pudesse confrontar o responsável da reforma com alguns dos seus efeitos, procurando na perspectiva da tutela explicações que a observação e os profissionais não foram capazes de nos fornecer. Deixamos, então, para a fase final a realização de uma entrevista ao presidente da MCSP. Esta foi realizada em Novembro de 2010, altura em que a cessação do mandato deste organismo remetia, inevitavelmente, o presidente para a condição de *ex-presidente* da MCSP. Este facto em nada alterou a oportunidade da entrevista. Formal e institucionalmente desligado das funções de presidente, mantém, contudo, o estatuto de ter sido o principal responsável pela definição e implementação da reforma.

No total, foram realizadas 33 entrevistas, (cujos guiões constam do Anexo I) com uma amplitude de duração muito diversa: houve algumas que se prolongaram por mais de uma hora a outras que rondavam a meia hora ou o quarto de hora. Mas também o tempo de entrevista era decidido pelo entrevistado: alongando-se nos diálogos ou sendo mais conciso e respondendo apenas aos tópicos que eram lançados. Refira-se ainda a utilização frequente de um conjunto de fontes institucionais para a procura de informação oficial, de que destacamos: Administração Regional de Saúde do Norte, IP; Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral; Ministério da Saúde; Alto Comissariado para a Saúde; Portal do Governo; Direcção Geral da Saúde, Administração Central de Saúde, e, em particular e quase diariamente, a Missão para os Cuidados de Saúde Primários.

4. Do percurso na procura do objecto e da abordagem empírica

Uma das grandes falácias metodológicas do último século na investigação social foi a crença de que a ciência é um tipo particular de técnica. Não é. É um estado de pensamento (*mind*), por isso as condições organizacionais que permitem a sua produção

devem ser expressas (Dingwall (1992, 163). Neste sentido, e porque consideramos importante, sociologicamente relevante e epistemologicamente forçoso, expomos de seguida o(s) quadro(s) e os contextos em que se realizou a pesquisa empírica.

Definidos e assumidos, o objecto e os objectivos gerais, iniciaram-se as diligências administrativas para se obter autorização para a realização da investigação num centro de saúde. Impunham-se, à partida, duas condições: que o centro de saúde se inscrevesse na área metropolitana do Porto e integrasse, pelo menos, uma USF. A primeira condição prendia-se apenas com razões de ordem prática, a segunda resultava dos objectivos traçados e constituía-se como um vector analítico de extrema importância. Começámos por enviar o pedido à Administração Regional do Norte (ARSN), em Setembro de 2006, e obtivemos autorização em Novembro do mesmo ano para a realização do estudo num centro de saúde da cidade do Porto, tendo este, tal como pretendíamos, uma USF em início de funcionamento. Foi então contactada telefonicamente a direcção do centro de saúde, através da secretária da direcção, que nos garantiu que agendaria uma reunião com os elementos da direcção logo que fosse possível. Essa reunião só viria a acontecer em Março de 2007, após vários e insistentes contactos telefónicos com a secretária, apelando para a sua compreensão, tendo em conta a obrigatoriedade de cumprir prazos académicos e a necessidade de darmos início às actividades de investigação.

Porém, eram-nos sempre referidos vários obstáculos, quer de indisponibilidade das pessoas da direcção, quer por motivo de obras, ou outros inerentes ao próprio funcionamento do centro de saúde. Quando se realizou a primeira reunião, foi-nos solicitado o projecto de investigação e assegurado que, depois de este ser recepcionado, seria analisado e marcada nova reunião para definir a estratégia de execução da pesquisa. Decorreram mais três meses até que essa reunião se realizasse. Repetiram-se os contactos telefónicos e repetiram-se, igualmente, as dificuldades em agendar nova reunião. Esta viria a ocorrer em inícios do mês de Julho do mesmo ano.

Estes breves, e poucos, contactos da investigadora com o terreno de investigação começaram a evidenciar dificuldades várias: da indisponibilidade dos dirigentes, às dificuldades em se movimentar livremente pelas instalações do centro de saúde, passando ainda pelos longos tempos de espera de cada vez que lá se dirigia (passados numa pequena sala de espera, situada no último andar e isolada de toda a realidade da

organização, impedindo a socióloga de, sequer, ir tomando contacto com os profissionais). Adivinhava-se um processo difícil, que começava já a colocar grandes preocupações quanto à dificuldade em se atingir um objectivo fundamental da investigação: o de conhecer *por dentro e a fundo* a realidade diária do centro de saúde.

Ainda durante o mês de Julho fizeram-se as primeiras incursões aos territórios clínicos e estabeleceram-se as primeiras conversas com os médicos. Cedo percebemos que só podíamos contactar os médicos após prévio acordo destes com o director e que de cada vez que entrávamos num gabinete e entabulávamos conversa com um médico, o director entrava no gabinete para saber “se tudo estava a correr bem”.

Procurámos contornar este *aparente* controlo combinando com um dos médicos (internamente designado por assessor do director) novos contactos. No dia seguinte recebemos um telefonema da secretária da direcção a informar que o director tinha uma necessidade urgente em reunir com a investigadora, e que esta não deveria prosseguir com a investigação sem que tal reunião acontecesse. A urgente reunião seria marcada logo que houvesse disponibilidade de agenda. Mas a reunião não foi marcada, e, mais tarde, fomos informados que o director se encontrava de férias. Tudo ficaria adiado para o seu regresso em Setembro.

Retomámos nós os contactos com a secretária, já em Outubro de 2007. Mas novamente se repetiam as indisponibilidades do director. Era-nos dito que logo que fosse possível seríamos contactados. Mas não fomos.

No decurso destes acontecimentos íamos reflectindo sobre a equação entre o interesse e a relevância sociológica destas *práticas* obstaculizantes da investigação nas organizações de saúde e a necessidade, imperiosa, de avançarmos com a pesquisa empírica. E, sobretudo, a evidência, que já se configurava, da impossibilidade de concretizarmos uma observação profunda do funcionamento do CS, capaz de produzir matéria empírica suficientemente densa e diversa da realidade social para se oferecer à análise sociológica. A decisão resumia-se, assim, à ponderação das suas consequências: se se optasse por perseverar, seríamos obrigados a redefinir a estrutura metodológica e veríamos sucumbir o objectivo de *entrar na máquina* centro de saúde; se se optasse por desistir e procurar outro centro de saúde, contornávamos o primeiro obstáculo e, sobretudo, mantínhamos os mesmos objectivos da investigação (e que representavam também objectivos pessoais).

Sem conseguirmos estabelecer contacto directo com a direcção do centro, persistimos até Dezembro de 2007, altura em que decidimos enviar novo pedido de autorização à ARSN para a realização da investigação noutra unidade de saúde, que reunisse as duas condições impostas. Para evitar que se repetisse o processo anterior, accionámos os conhecimentos pessoais e fomos conhecer previamente o centro de saúde escolhido. O contacto pessoal permitiu-nos o acesso às instalações, conhecer alguns profissionais, conversar com eles e até manter uma longa conversa com o director. Aparentemente tudo era diferente. Fomos bem acolhidos, a nossa presença não constituía qualquer problema, poderíamos desenvolver as actividades de observação em todos os serviços, o tema do estudo foi considerado muito interessante e houve uma manifesta vontade em colaborar com a investigadora em tudo o que fosse necessário.

Desta feita, a autorização da ARSN foi mais demorada. Foi obtida em Março de 2008. De imediato demos início aos contactos com o centro de saúde e uma das duas USF que o integravam. Tal como já se tinha tornado saliente aquando do contacto prévio, fomos recebidos com manifesta e aberta disponibilidade por parte do director do centro de saúde. Confrontado este com a necessidade, imposta pelos objectivos do estudo, da investigadora conhecer “por dentro e a fundo” o funcionamento das unidades foi, desde logo, afirmado que não seriam criados quaisquer impedimentos para que tal propósito fosse levado a cabo. Desencadeados os mecanismos formais de autorização interna, contactámos o coordenador da USF, cuja disponibilidade foi igualmente manifesta.

A propósito das estratégias de abordagem às unidades de investigação, Carapinheiro (1993, 88 – 89) salienta que

“As formas utilizadas para o investigador se apresentar e apresentar o seu trabalho de pesquisa variam sempre, de acordo com o investigador e os seus recursos, de acordo com os sujeitos que vão ser investigados e de acordo com o próprio problema de pesquisa”.

Concordamos inteiramente, mas ao reflectirmos sobre o nosso percurso, não podemos deixar de acrescentar que a mesma estratégia, o mesmo problema e a mesma investigadora obtiveram reacções de aceitação muito diversas, não por parte dos mesmos sujeitos, mas por parte de agentes do mesmo universo profissional. Não há, portanto, formas padronizadas de aceder ao campo de pesquisa (Carapinheiro, 1993), mas há uma evidente resistência à presença de sociólogos em algumas unidades de saúde. Noutra

investigação, por nós desenvolvida, igualmente sobre o centro de saúde, havíamos já constatado semelhantes dificuldades e que “todos os contactos, após meses de troca de correspondência, exposições, telefonemas, entrevistas, redundavam em recusas” (Teixeira, 2003, 45).

Neste caso, tínhamos conseguido autorização e, tão importante quanto esta, a aceitação da nossa presença³³, não só nos espaços de acesso público, como nas zonas mais interditas – os bastidores – onde se desenvolvem as acções formais e informais, nucleares ao funcionamento diário das unidades. Estamos a falar dos espaços de convívio/alimentação, onde diariamente se processam as negociações informais; das salas de reuniões, das quais apenas participam os elementos convocados, funcionando, assim, como salas interditas à maioria dos trabalhadores e onde se tomam decisões que a todos afectarão; dos gabinetes médicos, que, embora sendo territórios de privacidade do doente, se transformam facilmente em salas de portas entreabertas, ou completamente abertas, onde o doente se expõe, a ele e à sua doença.

Em todos os contactos com o coordenador da USF e com o director do CS sublinhámos, sempre, que pautaríamos a nossa presença pela discrição e que toda a informação recolhida teria por exclusiva função servir de material para análise sociológica, estando sempre salvaguardados os princípios éticos, da confidencialidade e anonimato dos sujeitos, e da deontologia profissional.

Tratando-se de duas unidades em estudo, tornou-se necessário diferenciá-las e para tal identificá-las. Para salvaguarda da verdadeira designação e de uma possível identificação dos profissionais, atribuímos designações a cada uma das USF, sendo o CS apenas identificado como CS. Como já foi dito, a USF que resultou da transformação do CS em

³³ Contudo, no decurso da investigação viríamos novamente a encontrar algumas resistências à nossa presença e à aceitação do trabalho de observação nos espaços mais resguardados. Em Dezembro de 2008 é criada a USF A que passou a integrar todos os médicos do CS e quatro dos seis enfermeiros. Embora a funcionar nas mesmas instalações e com os mesmos profissionais, confrontámo-nos com uma manifesta mudança de atitude. Os enfermeiros, mais tímidos na expressão do incómodo provocado pela nossa presença, mostravam-se atarefados. Os médicos estavam sempre indisponíveis: a cada pedido para realizarmos as entrevistas diziam-se assoberbados de trabalho. Pouco a pouco ia-se tornando evidente que a nossa presença era não só indesejada, como mal tolerada. Dos quatro médicos, dois rejeitaram conceder-nos a entrevista e recusaram autorização para assistirmos às consultas.

USF por USF A e a USF que funciona noutra freguesia e já existente à época do início das actividades de pesquisa por USF B.

Começámos por estabelecer contactos com o director do CS e o coordenador da USF B para apresentarmos a pesquisa e acordar estratégias para as primeiras abordagens. No CS solicitámos autorização para assistir a uma reunião de médicos e assim seríamos apresentados a todos estes profissionais. O director autorizou, embora com algumas reservas relativas a determinados assuntos que seriam discutidos. Assistimos à primeira parte da reunião e ausentámo-nos quando nos foi solicitado. O director apresentou-nos e informou sobre o estudo e a presença da investigadora. Os médicos, sem se manifestarem, concordaram silenciosamente.

Na USF B foi o próprio coordenador que, logo no primeiro contacto, considerou oportuna a nossa presença na reunião semanal para nos apresentar aos profissionais³⁴. Assistimos, fomos apresentados, apresentámos o estudo e apresentámo-nos. Foi mostrado interesse pelo tema da investigação e manifesta receptividade por todos os presentes. Ainda neste dia, o coordenador mostrou-nos as instalações, introduzindo-nos em todos os gabinetes, apresentando-nos aos profissionais, afirmando-se disponível para colaborar em todo o processo de pesquisa. Desde este primeiro contacto percebemos que era nesta USF que a *penetração* nos diversos espaços iria ser mais facilitada.

Estabelecido o contacto com todos os elementos com funções de chefia e obtida a aceitação da nossa presença, desenhou-se um mapa de trabalho que tinha por complexa função articular os tempos de pesquisa nas duas unidades, cada uma com ritmos próprios de organização funcional, originando diferentes períodos de concentração do trabalho médico e de enfermagem, além da distância física que as separava (cerca de 15 km). Numa e noutra unidade a intensidade do trabalho tendia a concentrar-se no período da manhã, deixando as instalações praticamente *desertas* durante a tarde.

Face a estas circunstâncias e tendo em conta que um dos objectivos do estudo era perceber a estrutura funcional, formal e informal, equacionaram-se várias formas de

³⁴ Nas reuniões da USF participam todos os médicos e um representante de cada categoria profissional, um enfermeiro e um administrativo. No CS realizam-se reuniões de médicos, com participação exclusiva destes profissionais e reuniões de *trabalho*, onde participa também o coordenador da enfermagem.

colocar em prática a pesquisa: definir iguais períodos para cada uma das unidades e desenvolver o trabalho de campo separadamente, permanecendo a investigadora unicamente numa unidade; ou estabelecer semanas alternadas para cada unidade. Começámos por fazer uma gestão semanal das presenças nas duas unidades em estudo.

Mas, em Setembro de 2008, fomos surpreendidos com a candidatura dos médicos do CS à criação de uma USF. Este facto gerou novas e intensas dinâmicas organizacionais no CS e produziu uma divisão interna entre os profissionais – os que integrariam a USF e os que se encontravam excluídos da nova unidade. Face a esta circunstância, impunha-se agora seguir com maior proximidade, intensificando a presença da investigadora no terreno, para acompanhar todo este intenso processo de mudança.

Assim, foi decidido dedicar a *exclusividade* do trabalho de campo durante algum tempo ao CS. Por conseguinte, de Outubro de 2008 a Março de 2009 a presença da investigadora ocorreu apenas no CS e na nova USF A. A partir de Abril de 2009, na USF A já se tinha ultrapassado a agitação da mudança e as (novas) rotinas reinstalavam-se nos profissionais e nos próprios doentes e o CS transitava para uma quase não-existência. Foram, então, retomadas as actividades de observação na USF B, que se alongaram até Setembro de 2009 e dado por terminado o trabalho de campo na USF A e no CS.

A duração do tempo de observação não estava sujeita a determinações prévias, tomando-se sempre como princípio um critério de maleabilidade e flexibilidade capaz de se adaptar às exigências, aos ritmos e às ocorrências empiricamente relevantes. No CS o término do período de observação foi decidido quando esta unidade entrou num estado de *letargia* organizacional, completamente vazio de funções assistenciais; na USF A a observação deu-se por concluída quando, passada a fase de instalação, a organização entrou no regular funcionamento, as rotinas se instalaram e os profissionais se reenquadraram na nova ordem do quotidiano de trabalho. Na USF B seguiu-se idêntico critério: deu-se por terminado o trabalho de campo quando a recolha de informação começou a evidenciar um claro sinal de repetibilidade. Percebemos que nos confrontávamos com o chamado ponto de saturação, em que a observação já pouco comportava de novo ou verdadeiramente relevante para a investigação.

As primeiras incursões da investigadora no terreno para a observação directa e sistemática do quotidiano das unidades serviram para abrir canais de penetração nos bastidores dos

serviços. Estabelecemos as primeiras conversas informais com a maioria dos profissionais, ou por via directa, nos encontros ocasionais (nas salas de refeições), ou accionando conhecimentos anteriores que nos introduziam nos gabinetes de enfermagem e por detrás dos balcões de recepção. Esta estratégia permitiu-nos conhecer (e ser conhecidos) pela maioria dos trabalhadores.

A participação nalguns instantes passados no bar potenciou o nosso acolhimento, pela *partilha* de um momento que nos permitia tornar num *deles*. Nesta altura já vestíamos bata branca e exibíamos o cartão de identificação, elementos recomendados pelo director do CS e pelo coordenador da USF B, para nos movimentarmos incharacteristicamente pelas unidades. Estes recursos simbólicos revelaram-se cruciais para a *aproximação* aos profissionais e para desenvolver um sentimento de *comunhão* aquando dos encontros comensais. Sentimento este que não era possível quando assistíamos aos restantes acontecimentos: nos gabinetes médicos, de enfermagem e nos balcões de recepção éramos sempre observadores. Condição sempre desconfortável para quem observa e quem é observado.

No CS mantivemos as actividades de pesquisa durante cerca de um ano (de Abril de 2008 a Abril de 2009), um período que subdividimos em três segmentos temporais a que correspondem diferentes ciclos na relação da investigadora com os investigados. Um primeiro período decorre de Abril a Setembro de 2008, enquanto o CS funciona em modelo *tradicional*, em que o director manifesta total abertura à nossa presença.

Procurámos construir uma plataforma de conhecimentos que nos permitiria ser reconhecida pelos três principais grupos profissionais: médicos, enfermeiros e administrativos. Os médicos mostraram alguma resistência à nossa presença, mas esta nunca seria abertamente manifestada; os contactos e a observação do trabalho em enfermagem foram facilitados pela figura do enfermeiro-chefe que nos referenciava e *introduzia* nos gabinetes de trabalho com grande à-vontade; e, no grupo dos administrativos, os contactos foram igualmente facilitados pela acção da chefe-de-secção, coordenadora do grupo. O acolhimento pelos elementos dirigentes (secretária da direcção, enfermeiro-chefe e director) foi sempre amistoso, afável, simpático e descontraído. Era nos gabinetes destes que nos sentíamos menos *observadores* e mais um *deles*.

Quando reiniciámos as actividades de pesquisa, após o período de férias do mês de

Agosto, embora, aparentemente, se mantivesse a mesma ordem organizacional, tudo estaria subterraneamente em ebulição. A partir desta fase, tornou-se manifesto o fechamento do grupo envolvido na criação da USF à presença da investigadora. Escudando-se no assoberbamento de trabalho exigido pelo processo de candidatura, os profissionais furtavam-se aos contactos que procurávamos estabelecer, mostrando-se indisponíveis para qualquer conversa, e a nossa presença nos espaços de trabalho era pouco ou mal suportada. Nesta altura receámos pela finalização da pesquisa empírica naquela unidade. Persistimos e mantivemo-nos presentes, mas permanecendo mais tempo junto dos que não integravam o projecto do que nos agentes directos da mudança.

Com a inauguração da USF, entrámos no terceiro ciclo da relação com os investigados. A resistência e hostilidades já sentidas agudizaram-se e o trabalho de pesquisa transformou-se numa provação diária de resistência às recusas, indisponibilidades e hostilidades, veladas primeiro, manifestas depois, particularmente dos médicos. Impunha-se para esta altura a realização das entrevistas, um *timing* escolhido para potenciar a recolha de posicionamentos sobre o confronto do modelo USF e CS, mas o seu agendamento enfrentava sérias dificuldades de concretização.

Na realidade, na pesquisa em saúde há muitos constrangimentos nas circunstâncias externas ao desenho da metodologia (Daly e McDonald, 1992) e ao calendário de actividades e, neste caso, os constrangimentos pareciam estar a transformar-se em barreiras intransponíveis.

Os enfermeiros e administrativos, embora mostrando-se atarefados, acederam e todos foram entrevistados. Mas dos quatro médicos apenas dois nos concederam entrevistas. Ao longo de cerca de um mês e meio uma médica refugiou-se em repetidos "agora não posso", "amanhã também", "nos próximos tempos também não" para adiar a decisão de recusa ou aceitação da entrevista. Ao longo deste tempo foi utilizando diversas estratégias para desencorajar a insistência da investigadora, da hostilização dos gestos à rispidez das palavras. Por fim, será o recurso à fuga a qualquer tipo de contacto, telefónico e pessoal, que tornou a sua, não-verbalizada, recusa bem sucedida. Após cerca de três meses de goradas tentativas para obtermos a entrevista, desistimos.

Outra médica assume idêntico comportamento de evasão, evitando a nossa presença, e rejeição nunca verbalizadas. Mas um dia confrontámo-la directamente com o pedido para

a realização da entrevista. Desconfortável, inibida, refugiou-se no ecrã do computador e evitou olhar a investigadora. Alegou falta de tempo, mas concedeu ser entrevistada com uma condição – não autorizava a gravação. Aludimos à necessidade de efectuar registos por escrito para posterior análise. Rejeitou, porque iria demorar mais tempo. Propusemos-lhe fornecer as questões para responder por escrito. Rejeitou, porque não tinha tempo. Sugerimos-lhe efectuar a entrevista noutra altura ou noutro lugar da sua conveniência. Rejeitou, porque nunca tinha tempo, nem trabalhava em nenhuma clínica privada, por isso não existia outro lugar. Neste jogo de forças e de evidente coacção psicológica e impasse na decisão, esgotámos as propostas e dissemos "pode recusar. Só preciso é que me diga, para eu efectuar o registo." Manteve o olhar fixo no computador, e respondeu: "então, tá bem." Perguntámos "está bem como? Recusa a entrevista?" Quase em surdina, respondeu: "Recuso" (dc-usfA).

Ao longo de todo este tempo, a tentação de abandonar o local de observação era sentida diariamente. Na ida, tínhamos que lutar com a força da vontade de não ir, luta que só ganhávamos recorrendo a doses incomensuráveis de obrigação e do "tem que ser". No regresso, o alívio de dever cumprido era o revigorador para no dia seguinte lá voltarmos.

Lado a lado com estas vicissitudes na abordagem ao objecto, experimentaram-se outras tantas de participação em territórios de intimidade onde se praticam os actos clínicos.

Nos gabinetes de enfermagem confrontámo-nos com a nudez dos doentes e com a vergonha por eles (e por nós) sentida. Sobretudo quando se tratava de homens que iam *retirar os pontos* ou *fazer o penso* em zonas públicas. Num caso, um homem sofreu uma lipotimia enquanto a enfermeira lhe extraía os pontos. A enfermeira reagiu com a *naturalidade* técnica (construída ao longo de muitos anos de exercício da profissão) e a socióloga, chamada a ajudar a segurar o doente, confronta-se com a inaptidão *natural* e a impreparação sociológica para reagir à situação. De imediato, instalou-se a dúvida: o doente perdeu os sentidos por causas fisiológicas ou por razões culturais? Perdeu os sentidos ou perdeu momentaneamente a virilidade? Noutra doente, também com uma ferida na zona íntima, a intensidade das tremuras impediam-no de ser capaz de se despir para que a enfermeira pudesse executar o tratamento. Num outro caso, ainda, o doente, igualmente exposto pela nudez da genitalidade, *optou* por enaltecer a sua masculinidade, enfatizando a sua indiferença perante a dor.

Nas consultas fomos tomadas por médica e os doentes, pressupondo essa condição, exigiam-nos a atenção que nem sempre o médico lhes dava: contavam-nas as histórias, da doença, da família e deles próprios. E nós, confrangidos e retraídos, íamos fazendo de ouvinte.

No acompanhamento das visitas domiciliárias confrontámo-nos com a doença no seu expoente máximo da degradação física, humana e social. Foram momentos de verdadeira incursão na realidade da exclusão social – da precariedade das habitações à extrema vulnerabilidade do ser humano, destituído ou diminuído nas suas faculdades motoras, aviltado por patologias que reduzem a pessoa ao corpo-objecto, eram, quase sempre, corpos inertes, literalmente feridos pelas feridas, em quartos sufocantes, onde o cheiro da degradação humana atingia tal intensidade que parecia colar-se à roupa e ao corpo dos que os visitavam. Mas, como nos explicou uma enfermeira, o odor fica *apenas* registado na memória, diluindo-se e apagando-se com o tempo.

Ao longo do processo e do percurso de pesquisa, não raras vezes, nos questionámos sobre que estratégias metodológicas, que quadros teóricos, que técnicas de análise permitem decifrar a densidade do real? Como (re)produzir para a análise sociológica esses retratos de vida? E depois, como descodificá-los? E como recodificá-los para as categorias científicas? Machado Pais (2002, 141) fala da sociologia qualitativa como uma *grafologia* do social. À *grafia* corresponderá uma realidade descritivamente identificável na sua singularidade e à *logia* corresponderá o esforço interpretativo e analítico dessa mesma realidade, ou seja, a inteligibilidade da decifração, feita de interrogações metodológicas, teóricas e epistemológicas. As singularidades das realidades observadas comportam tal densidade que nos fizeram sentir grafólogos com dificuldades no exercício da grafologia do social.

5. Análise da informação

Quando se enfrenta a tarefa de fazer o relato analítico, é-se invadido por uma incapacidade, como se estivéssemos frente a um iceberg, impotentes para fazer emergir a matéria submersa (Benjumea, 2003). A *matéria-prima* recolhida, ainda informe, descodificada e descategorizada, teria que ser obrigatoriamente submetida a uma

estratégia analítica que permitisse o exercício interpretativo de recodificação (agora para os códigos da sociologia) e a categorização para os necessários recortes e enquadramentos teóricos. É certo que o processo que agora se apresenta não ficou confinado ao período pós-colheita de dados. Como em qualquer investigação em que o investigador é o principal instrumento de pesquisa, vai-se estabelecendo uma circularidade inevitável entre a teoria e a empíria. Desde as primeiras abordagens ao terreno que se experimentam também formas avulsas de interpretação. Mas terminado o percurso empírico impõe-se um esquema mais metódico e organizado de exploração científica das dimensões reais. É desse percurso de tratamento da informação que agora damos conta.

As entrevistas foram transcritas procurando garantir a fidelidade ao discurso, tal qual foi produzido. Salvo poucas exceções, tal foi conseguido, em parte devido ao facto de todas se terem realizado em boas/razoáveis condições de silêncio, em parte devido às poucas interrupções e perturbações que ocorreram, conseguindo-se, assim, condições de audibilidade muito satisfatórias. Além disto, acresce ainda que todas foram transcritas pela própria investigadora tornando mais fácil a identificação de vocábulos menos perceptíveis.

Os diários de campo foram ordenados cronologicamente e submetidos a sucessivas leituras, a que chamaríamos formas de depuração dos comentários e resvalos tendenciosos da socióloga, passando depois a fazer parte do *corpus* de análise. Incomparáveis às entrevistas, têm no entanto o mesmo *estatuto* metodológico.

Estava assim preparado o *corpus* de análise para ser submetido a tratamento, decifração e interpretação. A técnica utilizada foi a análise de conteúdo, uma técnica que permite ir para além do enunciado manifesto, ultrapassar o mero plano descritivo e fazer inferências (Vala, 1986) e, provavelmente, a técnica mais utilizada em investigações qualitativas (Pais, 2002) e a estratégia analítica sociologicamente mais enriquecedora e desafiante. Pode, contudo, comportar algumas dificuldades no processo de categorização analítica. Mas pode igualmente conceber-se como um conjunto de procedimentos que acaba por originar um meta-texto, o analítico, um texto que está para além do original, mas capaz de evidenciar as características latentes, logo ocultamente presentes, do texto original, ou seja, do dito Sendo a realidade imperceptível antes que a posicionemos nalguma categoria, há, no entanto, que resistir a uma "ossificação das categorias que desembocaria numa reificação da própria realidade" (Pais, 2001, 115 e 126).

Num primeiro momento, procedeu-se a leituras repetidas e cruzadas de todo o material, começando a registar-se os primeiros núcleos temáticos. Seguidamente e tomando por quadro referencial as teorias, as hipóteses de trabalho e os objectivos, começamos pela categorização, uma operação de classificação dos elementos constitutivos do texto e analiticamente relevantes. Como diz Bardin (1994, 117), as categorias são rubricas ou classes que reúnem um conjunto de elementos sob um título mais genérico.

Embora o painel de categorias tivesse começado a ser traçado logo no momento do desenho do projecto, foi sendo redefinido ao longo do processo de pesquisa, acabando por ser maioritariamente construído *a posteriori*, emergindo directamente da informação colhida sob vigilância epistemológica para se evitar que enviesamentos e subjectividades contaminassem o recorte e a definição. Tendo sempre presente os principais objectivos da investigação, definimos categorias temáticas, construídas por unidades de registo, recortadas em função do sentido e não da forma para se encontrarem os significados que permitissem transpor para a perspectiva sociológica os enunciados colhidos.

Como já vimos, toda a grelha metodológica foi construída com grande porosidade para permitir a maleabilidade suficiente para os ajustamentos necessários à realidade. A mesma opção foi tomada em relação ao recorte da matéria em análise e à definição das categorias. O critério utilizado foi sempre ditado pelo sentido (e sentidos ocultos ou manifestos) do conteúdo. Nalguns casos, foram definidas apenas categorias temáticas. Noutros, e dependendo quer da densidade do texto quer das exigências analíticas, acrescentaram-se sub-categorias, utilizadas sobretudo para organizar o trabalho interpretativo e para aprofundar a análise. Apresenta-se um exemplar do tratamento analítico no Anexo VI.

Dado que trabalhávamos com fontes de informação diversas (diários de campo do centro de saúde e das duas USF, entrevistas de sujeitos de três organizações e de diferentes categorias profissionais) fomos confrontados com uma substantiva complexidade no trabalho de análise. Para não espartilhar a informação em categorias uniformes, optámos por construir matrizes de análise diferentes para cada um dos grupos, embora todas contemplem os aspectos nucleares do esquema interpretativo. Não nos interessava uma mera inventariação de um painel de categorias, mas sim captar as constelações interpretativamente mais significativas e os contextos onde foram produzidas.

PARTE II

**DO CENTRO DE SAÚDE À UNIDADE DE SAÚDE
FAMILIAR**

CAPÍTULO I – DO CENTRO DE SAÚDE COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL

Introdução

O centro de saúde (CS) foi criado para funcionar como "porta de entrada" do cidadão no sistema de saúde e corporizar, no terreno, uma política de saúde centrada nos cuidados de saúde primários. Passadas quatro décadas mantém, no essencial, as mesmas funções, mas tem sido objecto de diversas, e, por vezes, divergentes, orientações políticas e ideológicas. Neste momento está em curso (mais) uma reforma com o objectivo de proceder a uma profunda reconfiguração do sector. O CS em estudo foi, à semelhança de todos os outros, atravessado pelas novas directrizes políticas tendo mergulhado num processo de profundas e particulares mudanças organizacionais.

No início das actividades de pesquisa, este CS era mais um entre tantos outros no universo destas unidades em Portugal. Porém, como já referimos, no decurso da investigação e fruto da coincidência temporal entre esta e a implementação da reforma, o objecto de estudo sofre mudanças tão profundas que se altera na sua essência fazendo emergir novos ângulos de análise. A sua passagem a USF foi um processo de alguma complexidade e grandes mudanças: das transformações no modelo organização do trabalho e da prestação de cuidados às consequentes repercussões nas relações inter-profissionais. Em consequência, o quotidiano social e profissional estabelecido parecia entrar diariamente num rebuliço de uma densa e complexa teia de acções e interacções que impediam desocultar para a análise sociológica o verdadeiro alcance das transformações que estavam a ocorrer e dificultavam qualquer esquema interpretativo dos acontecimentos.

Face a este quadro de intensa mutação sócio-organizacional foi necessário criar uma estratégia analítica que fosse capaz de fazer emergir para a interpretação os processos sociais ocorridos, onde se condensam as verdadeiras estruturas sociologicamente significativas. Foi, por isso, necessário, antes de mais, estabelecer divisões cronológicas

no tempo de pesquisa, a que correspondem diferentes fases da vida do CS, e que são, simultaneamente, importantes marcos para a análise, sendo igualmente úteis para a descrição de uma realidade que, de tão complexa, se esquivava à imediata compreensão. Assim, estabelecemos três períodos como marcos temporais caracterizadores do CS:

– Um primeiro momento, de Abril de 2008 a Setembro do mesmo ano, em que tudo funciona com a *regularidade e normalidade* de um CS, a que chamamos *Centro de Saúde tradicional*;

– Um segundo período, de Setembro a 22 de Dezembro de 2008. O CS mantém toda a orgânica funcional e a prestação regular de cuidados de saúde, mas a maioria dos profissionais envolve-se na preparação da candidatura à USF, que designamos por *Centro de saúde em transição*;

– O terceiro período inicia-se com a inauguração da USF e prolonga-se até Março de 2009, a que chamamos *Centro de Saúde pós-USF*. Um período em que o CS, embora continue a integrar os órgãos da Administração Regional do Norte como CS, na realidade, já não o é. Não presta cuidados de saúde à população e os profissionais restantes (três enfermeiros, uma administrativa, uma técnica de serviço social, um médico de saúde pública e o ex-director) encontram-se esvaziados das funções que desempenhavam.

Actualmente o CS continua a integrar os organismos oficiais do Ministério da Saúde (Administração Regional do Norte – IP e Direcção Geral da Saúde), pertencente a um Agrupamento de Centros de Saúde do Porto, mas, na realidade, não existe, já que deu lugar exclusivamente a Unidades de Saúde Familiar. Ainda durante o ano de 2009 deu entrada uma candidatura para a criação de uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), proposta por três enfermeiros e uma Técnica de Serviço Social, pertencentes ao CS.

Feito este enquadramento, iniciamos agora o percurso interpretativo da realidade que observámos. Ao longo desta abordagem recorre-se ao quadro teórico anteriormente apresentado, trazendo, agora, para a análise da realidade as perspectivas e os conceitos que problematizámos. Assim, procura-se perceber na instituição centro de saúde traços de organização burocrática, níveis e fontes de autonomia dos trabalhadores, lógicas e estratégias criadas para contornar as regras administrativas, elementos organizacionais

que se sobrepõem à hierarquia formal e lugares simbólicos das categorias profissionais na divisão social do trabalho.

Num primeiro momento, fazemos a contextualização sócio-espacial do CS, para dar conta dos espaços, da sua utilização e apropriação, mais simbólica do que funcional, da composição e distribuição dos profissionais nos quotidianos de trabalho. Ou seja, convocando Strauss (1992) e a Teoria da Ordem Negociada, procuramos caracterizar os contextos negociais, não esquecendo o contexto estrutural, que, ao estabelecer uma acção de reciprocidade sobre o "contexto de negociação", possibilita uma melhor compreensão das lógicas negociativas desenvolvidas pelos actores envolvidos.

Em seguida debruçamo-nos sobre o CS e as mudanças que o atravessam aquando da sua transformação em USF, procurando dar conta dos ciclos que vai percorrendo e lhe vão alterando a quotidianidade do funcionamento. Perspectiva-se o centro de saúde enquanto unidade produtora de cuidados de saúde para apreender as lógicas profissionais e o modelo de produção de cuidados. Por último, questionamos sociologicamente o CS enquanto organização social para perceber as imagens que projecta *de si e para si*, para *dentro* e para *fora*. Inscrevendo os discursos captados numa perspectiva sócio-temporal, procura perceber-se se prevalecem na actualidade as lógicas de diferenciação do CS que têm remetido esta unidade, ao longo da sua existência, para posições de menoridade científica e social em relação ao hospital.

1. Do Centro de Saúde: o espaço, os contextos e os profissionais

Este centro de saúde foi criado em 1989 e localiza-se num concelho da área metropolitana do Porto. No passado funcionou em diferentes instalações, todas em edifícios partilhados com outros organismos públicos, sempre sem as condições e as infra-estruturas adequadas às exigências dos serviços. Integrava ainda uma Extensão de Saúde. Em 2005 as instalações do CS transferem-se para um edifício novo, construído de raiz para este fim, mas mantendo em funcionamento a Extensão de Saúde numa outra freguesia, vindo esta, depois, a constituir-se como USF e que será objecto de análise no capítulo II.

O CS³⁵, quanto à natureza jurídica, era constituído, à época do início deste estudo, por duas USF, uma localizada nas suas próprias instalações e uma outra situada noutra freguesia, num edifício partilhado com a Junta de Freguesia. As USF têm autonomia organizativa, funcional e técnica (conforme previsto no Decreto-Lei nº 298/2007, de 22 de Agosto), espaços funcionais fisicamente separados e modelos organizacionais distintos, mas constituindo-se como unidades integrantes do centro de saúde. No caso das USF deste CS, existia grande autonomia e clara separação inter-organizacional.

Na abordagem que agora se inicia e pelas razões já apresentadas, considera-se como CS a unidade orgânico-funcional, prestadora de cuidados de saúde, juridicamente enquadrada pelo Decreto-Lei nº 157/99, de 10 de Maio, que regulamentou o funcionamento dos CS até à entrada em funcionamento dos ACES e a que chamamos de centro de saúde *tradicional*. Embora este CS partilhasse as instalações com uma USF, numa contiguidade do espaço, o logótipo da USF e a inscrição "Acesso Reservado" vedavam o acesso aos utentes do CS, tornando bem claras as fronteiras físicas que separam o CS da USF. Na linguagem corrente os profissionais do CS referem-se aos da USF como "lá em cima, os da unidade" (a USF está localizada no 2º andar), e os da USF aos do CS como "lá em baixo, os do Centro de Saúde".

Portanto, embora estejamos face a um CS que coexiste em grande proximidade com uma USF, consideramos o CS como a área física e arquitectónica, delimitada à zona onde se prestam cuidados de saúde e aos espaços de apoio envolventes, bem como aos profissionais que o integram administrativamente. Ou seja, pelas razões metodológicas e analíticas já invocadas, circunscrevemos a pesquisa ao CS *tradicional*.

Ora, este CS *tradicional* virá, também ele, a transformar-se em USF, dando origem a um

³⁵ Quanto à natureza jurídica, os CS "são pessoas colectivas de direito público, integradas no Serviço Nacional de Saúde e dotadas de autonomia técnica, administrativa e financeira e património próprio, sob superintendência e tutela do Ministro da Saúde". Estruturam-se em unidades funcionalmente autónomas, tendo em conta o conjunto de recursos e critérios geodemográficos consoante a população residente, a densidade populacional, o índice de concentração urbana, o índice de envelhecimento, a relação de dependência total e de idosos e acessibilidade geográfica ao hospital de apoio (Decreto-Lei nº 157/99 de 10 de Maio). Correntemente, fazemos uma utilização da designação CS para nos reportarmos exclusivamente ao CS enquanto unidade patrimonial e funcional, na sua acepção "tradicional", diferenciando-o assim da USF.

período de transição, caracterizado por grandes transformações na cultura organizacional, mas em que este se mantém formal e administrativamente centro de saúde. A submissão da candidatura à Missão para os Cuidados de Saúde Primários para a criação de uma USF, e a sua posterior entrada em funcionamento, leva à coexistência no mesmo espaço físico desta nova unidade e do CS, embora este último remetido para uma condição de quase-não-existência, mas mantendo ao serviço cinco funcionários. É como se a materialidade física e arquitectónica do CS fosse sendo sujeita a um processo de contracção espacial em que à medida que a USF vai conquistando território, o do CS vai-se reduzindo. E embora o objecto seja uno, as transformações que vai sofrendo criam dentro de si três ciclos existenciais.

Para uma análise mais pormenorizada do processo transformativo do CS e das múltiplas implicações que foi produzindo, recortamos o período em análise em três fases: 1) O Centro de Saúde Tradicional; 2) O Centro de Saúde em transição; 3) O Centro de Saúde pós-USF, que apresentamos de seguida.

1.1. O Centro de Saúde Tradicional

O edifício onde se localiza o centro de saúde está situado numa zona recentemente urbanizada, mesmo em frente a uma Escola EB 2/3. Constituído por dois pisos e uma cave, é novo, limpo e com abundante luz solar, dispõe de estacionamento para os funcionários e transportes públicos com paragem para saída/entrada de passageiros mesmo em frente à porta do CS. Ocupa um espaço físico delimitado e separado (ainda que, como já referimos, partilhando o edifício e alguns espaços comuns com uma USF, mas com visíveis simbologias a separar o espaço físico – os acessos dos doentes ao edifício são comuns, mas uma porta, sempre fechada, identifica a USF e restringe a entrada aos seus utilizadores). Mantinha à época a "dependência orgânica e funcional" das administrações regionais de saúde" (tal como consta do Decreto-Lei nº 157/99, de 10 de Maio), neste caso, da Administração Regional do Norte (ARSN – IP). É, portanto, um centro de saúde como qualquer outro, com a particularidade de integrar formalmente duas das primeiras USF que foram criadas no país.

O primeiro andar, térreo, pertence inteiramente ao CS e é onde se localizam, na ala

direita, o balcão de recepção/serviços de secretariado, a sala de espera e os gabinetes médicos destinados às consultas e actos médicos de Medicina Geral e Familiar (MGF) e na ala esquerda, os gabinetes de enfermagem, o gabinete de serviço social e uma sala de espera. À entrada, no corredor, encontra-se uma secretária, na qual habitualmente se encontra o *segurança*, e, ao lado desta, três cadeiras onde, diariamente de manhã, se encontram quase sempre delegados de informação médica aguardando para serem recebidos pelos médicos.

Os consultórios médicos estão dispostos em dois corredores, num deles encontram-se três gabinetes, cada um para um médico, e no corredor paralelo apenas um dos três gabinetes é ocupado por uma médica, sinal evidente de que o CS comporta capacidade para poder alargar a equipa de médicos. Aliás, uma visita atenta às instalações permite perceber um subaproveitamento do espaço físico, visível, por exemplo, na sala, chamada de biblioteca, mas que em boa verdade funciona como depósito de computadores inutilizados ou obsoletos, arquivo, desordenado e desarrumado, de dossiers e papéis e alguns, poucos, livros, tornando evidente a designação imprópria que se encontra afixada na porta – de "biblioteca". À primeira entrada naquele espaço torna-se evidente que cumpre a função de sala de arrumação.

A sala de reuniões, ampla e de dimensões generosas, está quase sempre desocupada. Serve apenas para a função para que foi criada: acolher reuniões. Mas estes encontros ocorrem, em regra, apenas uma vez mensalmente e neles geralmente só está presente o grupo de médicos (relembre-se constituído por quatro clínicos, o director e o médico de saúde pública), tornando evidente a amplidão do espaço para o número de ocupantes. Dir-se-á, portanto, que este CS não sofre das insuficiências e precariedade de instalações que caracterizam algumas destas unidades a nível do país. Pelo contrário, os recursos físicos estão sobreavaliados em relação aos recursos humanos existentes.

De notar uma clara separação entre os serviços de enfermagem e os serviços clínicos, já que uns e outros se localizam em alas opostas, em consequência de uma configuração em U da arquitectura do edifício. Acresce ainda que os gabinetes médicos são precedidos pelo secretariado; aos serviços de enfermagem não assiste qualquer serviço de recepção ou secretariado. São os próprios enfermeiros que se deslocam à sala de espera para verificarem se há doentes em espera e para recolherem os impressos de marcações,

disponibilizados num recipiente colocado na porta de entrada do corredor e aí depositados pelos próprios doentes depois de preenchidos.

Esta divisão do espaço, mais social do que funcional e arquitectónica, produz uma clara separação, física e simbólica, dos "lugares" – no sentido que Giddens (1992) confere ao conceito – o de lugar conceptualizado através dos cenários físicos da actividade social. Neste caso, da prestação de cuidados de enfermagem e médicos e que traduz igualmente as diferentes posições de uns e outros na hierarquia social das profissões. A separação medicina/enfermagem e outras categorias profissionais e a correspondente diferenciação social tem sido igualmente notada pela investigação realizada no hospital.

Carapinheiro (1993, 101-107 e 119-122) caracteriza profundamente os espaços físicos e a sua simbologia dos serviços de medicina interna de duas unidades hospitalares objecto do estudo. Faz notar as diferenças de utilização e simbologia dos espaços entre o hospital geral e universitário. No caso do serviço de medicina interna do hospital geral são notórias as sucessivas fronteiras que separam os espaços menos públicos dos espaços de maior "privacidade hospitalar", "verdadeiras antecâmaras" do coração do trabalho hospitalar que é necessário preservar do fácil acesso.

Já na arrumação interna das actividades e da sua disposição no espaço, as enfermarias são espaços de bastidores do trabalho diário, a que só acedem médicos e enfermeiros. A autora nota igualmente como os doentes são excluídos destes espaços de trabalho, deles participando apenas quando são convocados para uma reunião clínica, mas aí oferecem-se como objecto para a discussão científica do "caso" da qual não participam, "constituindo na sua postura de entrega e submissão o alvo reconhecível da prática médica" (Carapinheiro, 1993, 104).

Ainda seguindo, e segundo, as lógicas de hierarquização simbólica do espaço hospitalar, as salas de trabalho da enfermagem situam-se à frente das enfermarias; o gabinete do director, algumas salas dos médicos e o gabinete da enfermeira-chefe estão em áreas de acesso reservado, deixando patente que as disposições espaciais dos lugares traduzem não só o grupo social dominante, mas espelham também a organização do controlo social que é exercido sobre profissionais e doentes. Já no hospital universitário as fronteiras e a segregação espacial estão mais esbatidas, não se produzindo o mesmo isolamento social que era visível no hospital geral, podendo mesmo acontecer que um café a meio da manhã

possa promover o encontro entre médicos e enfermeiros. No que diz respeito ao reconhecimento dos grupos, são visíveis estratégias de segregação no acesso à aquisição de capital simbólico através do acompanhamento das visitas aos doentes, das quais são excluídos os enfermeiros, com excepção da enfermeira-chefe e da mais antiga pelo estatuto de prestígio possuído (Carapinheiro, 1993).

Também Noémia Lopes (2001, 107 – 108), ao apresentar a configuração espacial e a distribuição de serviços e profissionais no hospital, dá conta das salas de trabalho de enfermagem como espaços abundantemente frequentados por médicos e enfermeiros e do gabinete de chefia de enfermagem como um espaço central, permanentemente visitado por médicos e enfermeiros. Mas, tal como já havia notado Carapinheiro em 1993, uma zona de fronteira, uma pequena sala, interdita ou dificulta o acesso aos espaços médicos e ao gabinete da chefia médica, onde, excluindo, a chefia de enfermagem, raramente outro enfermeiro se desloca.

Os espaços e os lugares do CS não se assemelham ao hospital, e mais se distanciam ainda dos serviços observados por Carapinheiro e Noémia Lopes, pela múltipla e complexa parafernália tecnológica, pelo tipo de cuidado produzido, pela tipologia de doença, pela particular condição de saúde do doente e pela situação de internamento em que se encontra. Na realidade objectiva dos cuidados em CS tudo é, aparentemente, diferente. Mas eis que, apesar dessas diferenças macrocontextuais da organização, na profundidade da morfologia social e na teia das interações sociais, começa a ganhar contornos evidentes uma *certa* similitude com as linhas interpretativas dos estudos citados. Também aqui no CS, os espaços de presença e circulação dos doentes estão circunscritos a uma ordem organizacional que os remete para os lugares de acesso público – as salas de espera. Os consultórios médicos e as salas de enfermagem são antecédidos por salas de espera, espaços públicos e antecâmaras, que retém os doentes em espera e criam uma barreira à entrada nos corredores onde se concentram os serviços. É aqui que os doentes aguardam para acederem aos consultórios médicos e às salas de enfermagem.

Para a entrada no gabinete do médico, a espera termina quando é pronunciado, com a rouquidão impressa pelo sistema de telefone interno, o nome de cada um, um sinal de autorização e uma *ordem*, à qual os doentes obedecem, levantando-se abrupta e energicamente das cadeiras, tanto em sinal de obediência, quanto de urgência para o

encontro com o médico.

Nos serviços de enfermagem existe maior permeabilidade à presença dos doentes e nem sempre é utilizado o sistema de chamamento pelo intercomunicador. Muitas vezes é o enfermeiro que se desloca à sala de espera para chamar o doente, fazendo o trajecto, lado a lado com ele, até ao gabinete.

Oyarvibe (1994) desenvolveu uma investigação em centros de saúde espanhóis sobre as categorias *tempo* e *espaço* enquanto elementos estruturadores das práticas e das formas de hierarquização interna. Segundo o autor, os centros de saúde representam organizações com uma complexa estruturação de espaços e habitáculos, onde se cristaliza uma hierarquização através da qual se regulam as interacções entre os profissionais e os utentes.

No caso do CS em estudo, é igualmente visível uma ordenação das interacções a partir da configuração espacial e da definição de áreas simbolicamente interditas a *alguns* profissionais. Os médicos deslocam-se frequentemente ao piso "de cima", onde se encontram os dirigentes; os enfermeiros raramente o fazem. Os contactos entre médicos e enfermeiros efectuem-se via telefone, raramente os médicos se deslocam ao sector de enfermagem e quando o fazem é porque são chamados pelo enfermeiro para observarem um caso urgente. Uma enfermeira reconhece a clara separação espacial dos dois sectores, mas afirma "que prefere assim. Quando precisa de um médico, telefona a informar que vai enviar uma criança" (dc-cs). De igual modo, só excepcionalmente os enfermeiros se deslocam à ala médica.

No já referido estudo de Carapinheiro (1993) é notada a raridade de incursões dos enfermeiros na sala dos médicos, com excepção dos enfermeiros-chefes. Decorridas quase duas décadas sobre a realização desta investigação e perante a inexistência de outros estudos que nos permitem perceber o sentido de evolução dos usos do espaço em meio hospitalar (e muito menos em CS), são sociologicamente relevantes as semelhanças encontradas no campo das configurações simbólicas e da apropriação figurativa dos lugares. Sinal provável da reprodução das estruturas simbólicas e da robustez das lógicas de hierarquização interna.

A diferenciação física dos espaços converte-se simultaneamente num mecanismo e num

produto da estratificação social dos profissionais, onde a centralidade dos médicos também se manifesta na disposição espacial dos gabinetes de consulta na arquitectura do edifício (Oyarvibe, 1994). Oyarvibe faz ainda notar que mesmo o uso da terminologia referente à divisão do espaço de enfermagem e médico denota a diferenciação social e simbólica: a ala médica denomina-se coloquialmente de *consulta* e a de enfermagem de *sala*. Também no caso deste CS, a nomenclatura vulgarmente utilizada representa um operador de distinção: os enfermeiros ocupam *salas*, os médicos *gabinetes*; os enfermeiros estão *com doentes*; os médicos encontram-se em *consulta*.

No segundo andar localizam-se os serviços de direcção/coordenação. Na ala esquerda, à entrada, situa-se uma pequena sala, chamada de bar, que é usada para tomar o pequeno-almoço, cafés e o almoço. Está equipada para o efeito: por detrás de um balcão, dispõem-se, para uso comum, os apetrechos essenciais de uma cozinha (chávenas, pratos, guardanapos, talheres, detergente para lavar a louça, aparelho de microondas, etc.) e, ao centro, uma mesa que serve de apoio às refeições.

Quase todos levam as refeições preparadas de casa, com excepção do enfermeiro-chefe e do director. É uma sala "região de traseira" ou de "bastidores" (Goffman, 1993), situada numa posição resguardada dos espaços das actividades que decorrem "cá em baixo", garantindo assim que quando lá estão, os profissionais estejam certos da impossibilidade do acesso dos doentes. Ali se encontram os actores e é ali, como diz Goffman, que estes se podem descontraír, deixar cair a máscara e pôr de lado a sua fachada que foi representada nas regiões de frente, enquanto desempenhavam as funções profissionais, interromper a encenação e abandonar, por momentos, a personagem de enfermeiro, administrativo ou médico. Embora às "regiões de frente" não corresponde em absoluto o fechamento e nem às "regiões de frente" corresponde automaticamente a abertura e a exposição do *self*, até porque a manutenção da segurança ontológica não poderia ser mantida se as regiões de frente não fossem mais do que fachadas. Mas as regiões de trás podem funcionar como um importante recurso que todos podem utilizar reflexivamente para manter um distanciamento psicológico entre as suas próprias interpretações dos processos sociais e as normas oficialmente prescritas (Giddens, 2003).

Dado que ao Bar todos se dirigem para o mesmo fim, poderíamos estar face a um espaço de comunhão momentânea entre os grupos profissionais, contribuindo assim para o

esbatimento da diferenciação simbólica que vimos analisando. Acontece, porém, que os mecanismos de segregação grupal mantêm-se, em geral, operativos, já que nos actos comensais tendem a juntar-se enfermeiros com enfermeiros, administrativos com administrativos e médicos com médicos. Destes encontros estão ausentes os elementos da direcção (enfermeiro-chefe e director). Sendo os dois homens, poderão estar em causa factores de género, geradores de inabilidades na preparação antecipada das refeições ou poderão ser formas sublimadas de assegurar a superioridade simbólica em relação aos dirigidos. Portanto, mesmo nos momentos de suspensão temporária dos papéis profissionais, mantêm-se funcionais as estruturas de distinção que produzem o ordenamento social e simbólico da organização.

Ao lado do Bar encontra-se uma pequena sala de fotocópias e outras máquinas de suporte informático, seguida dos gabinetes do enfermeiro-chefe, cuja porta se encontra quase sempre aberta, num claro convite à troca de palavras com quem passa no corredor. E assim era. O gabinete do enfermeiro-chefe funcionava como uma espécie de entreposto de conversação: com a investigadora, a quem incentivava para longos diálogos; com a secretária do director; com uma enfermeira que lhe fazia frequentes visitas (os restantes enfermeiros raramente iam ao seu encontro); com o motorista; e com o médico de saúde pública.

As actividades do enfermeiro-chefe consistiam, como o próprio refere, em:

"tratar da parte burocrática e administrativa, planeamento, de uma forma muito simplificada, porque aqui é assim uma coisa... também as equipas são mais pequenas, não é?" (E4 – CS Enf).

Mas na realidade, as rotinas de trabalho incluíam uma ida à "máquina do café" (um daqueles dispositivos tecnológicos, cada vez mais presente nas instituições, onde se coloca uma moeda e são fornecidos diversos tipos de alimentos e bebidas), e não ao Bar como faziam quase todos os outros, uma visita à ala da enfermagem, entrecortada com conversas de circunstâncias com o "segurança". Terminada esta tarefa de *mobilidade*, regressava ao seu gabinete para se ocupar da "parte burocrática e administrava".

Sobre si e o seu desempenho pouco empenhado, alguns enfermeiros manifestavam descontentamento, de que é exemplo o seguinte testemunho:

"Sabe como é que sabemos [se está presente]? Se a mota dele está lá fora. Ou, então, perguntamos ao segurança. Nunca vem cá abaixo e se vem é para nos dizer que fizeram queixa de nós. Se lhe dizemos alguma coisa dos médicos, diz «deixa lá garota, não faças ondas, faz o que eles querem. É melhor para ti». E é isto. Não podemos contar com ele para nada. Não sabemos nada do que se passa lá em cima, nunca reúne connosco, nunca se discute nada. Não sei o que é que ele faz. Conosco, nada!" (dc-cs)

Seguia-se nesta disposição de gabinetes, o da secretária do director, que era simultaneamente chefe de secção, com funções de coordenação sobre o grupo dos administrativos e, por último, o gabinete do director, mesmo no fundo do corredor. Do lado oposto do corredor dispõe-se as já referidas biblioteca e sala de reuniões e, a preceder a porta de entrada no corredor, o gabinete do médico de saúde pública.

Esta localização *superior* dos órgãos dirigentes denota bem como o espaço é também, como diz Bourdieu (1997, 7), um conjunto de posições distintas e coexistentes, definidas umas por referência às outras, por relações de proximidade, de vizinhança ou de afastamento e também por "relações de ordem, como acima e abaixo". Ainda nesta lógica de "acima e abaixo" de arrumação interna da funcionalidade do CS, os serviços socialmente menos prestigiados – limpeza e esterilização – localizam-se no piso subterrâneo.

O quadro de funcionários é composto por cinco médicos da carreira de Clínica Geral, todos especialistas em medicina geral e familiar, um deles director do CS; oito enfermeiros, um deles enfermeiro-chefe; sete administrativos, um deles chefe de secção; um médico de Saúde Pública; um Técnico de Serviço Social (que também assegura o serviço social nas duas USF do CS); um motorista, que transporta a correspondência e efectua as ligações inter-instituições e destas com o exterior e o transporte de médicos e enfermeiros na visitação domiciliária. Em 2007, tinha uma população inscrita de 11746 e uma população residente na área de influência de 14193, com uma taxa de cobertura de 82%³⁶.

³⁶ Relatório de Actividades, 2007, documento interno ao centro de saúde.

1.2. O Centro de Saúde em transição

O período de transição do CS para USF inicia-se em Setembro de 2008, quando um grupo de médicos e enfermeiros decide apresentar uma candidatura para a criação de uma USF, e prolonga-se até 22 de Dezembro do mesmo ano, dia em que foi inaugurada a USF (a que chamamos USF A). Nesta fase, embora o modelo de estruturação do trabalho permaneça igual e, aparentemente, nada se altere até à entrada em funcionamento da USF, é patente um clima de mudança organizacional, começando a evidenciar-se a incerteza em relação ao futuro do CS e dos profissionais.

O CS funcionava sob o padrão de uma *normalidade* aparentemente regular, quando, inusitadamente, começa a ser veiculada a informação, inicialmente sob a forma de suspeição – *diz-se* que *alguns* estarão sigilosamente a tomar a decisão de criar uma USF e a escolher os elementos da equipa. Mas estes encapsulam-se, nada esclarecendo. Neste ambiente de conjectura, alguns enfermeiros apercebem-se de que serão excluídos, mas vão mantendo o regular desempenho das habituais tarefas com aparente normalidade.

A decisão não foi discutida nem partilhada com os funcionários. Ocultada pelos que nela laboravam, foi gerando reacções de incredulidade, mais vezes disfarçadas do que assumidas. Neste jogo do disfarce, os funcionários que se pressentiam excluídos do que se intentava, usavam a ironia para manifestar o desagrado, a indignação e a preocupação, sempre dissimulados. É nesta altura que todos os "excluídos" parecem eleger a investigadora como fiel depositária das perplexidades e das inquietações de todos e de cada um. Às vezes revelando uma profunda indignação com a forma camuflada como foi tomada a decisão, de que é exemplo as palavras de uma enfermeira:

"Sabe como é que eu soube [que iam candidatar-se a USF]? Foi uma administrativa que me disse. Acredita? Com estes médicos não se pode trabalhar e isso assusta-me. Porque eles acham que nós somos os criados deles. Acham que o enfermeiro está aqui para trabalhar para o médico" (dc-cs).

A enfermeira especialista em pediatria e saúde infantil revela igual indignação com a forma como lhe foi dirigido o convite para integrar a equipa. Foi convidada quando a decisão já estava tomada, nos seguintes termos: "queres vir connosco para a USF?" ao que respondeu: "Não. Não vou" (dc-cs). E mostra ainda maior desapontamento pelo grau de enfermeiro especialista não possuir qualquer utilidade para a USF. Possuindo

especialidade, se integrasse a USF passaria a pertencer à equipa de enfermagem com funções indiferenciadas como os colegas, já que no sistema de categorias profissionais da USF não se prevê as especialidades de enfermagem. Dizem-lhe que poderá aproximar-se da sua área de especialidade desenvolvendo funções na área da saúde escolar, recusa, como se pode ver abaixo:

“Teria que deixar a minha área – a saúde infantil e pediátrica – e integrar-me na enfermagem de família. Vou para qualquer lado, mas não vou para a USF. Neste momento não quero nada, não me preocupo com nada, só quero sobreviver, hoje e amanhã, e não me quero preocupar com mais nada. Tenho duas filhas e é isso que me importa. Ainda me disseram que podia ir para a Saúde Pública. E eu disse-lhes «então não é preciso um enfermeiro com formação em comunitária?» Responderam-me «É, mas também pode integrar, se quiser, pode assumir a saúde escolar e pode desenvolver projectos comuns às 3 USF.» Respondi: «Não. Eu sou enfermeira de saúde infantil e pediátrica, não sou de saúde pública!». Por isso, olhe, não sei para onde vou, mas não vou para a USF” (dc-cs).

Outras vezes criam-se cenários futuristas fundados em *elaboradas teorias*, mais não traduzindo do que a ironia ao serviço da preocupação pessoal e profissional, como é exemplo a interrogação/indagação do médico de saúde pública à investigadora:

“(…) imagine que o nível de vida dos portugueses vai melhorar; imagine que o poder de compra vai aumentar; imagine que a classe média vai comprar casa aqui; imagine que a esta cidade vai ter um aumento da população residente – porque esta é uma zona destinada à classe média e é uma zona com muita construção e muitas casas para venda – ora as USF trabalham com listas fechadas, e depois como é? Para onde vai esta população? Diga-me a doutora que está a fazer doutoramento! É socióloga, deve saber!” (dc-cs)

É certo que a socióloga não sabia responder, mas estas questões constituíram-se em interrogações que foram ganhando grande relevância para a investigação e para a análise sociológica do processo de mudança que se iniciava, vindo mesmo a dar origem a uma das maiores perplexidades geradas pela reforma. É que mesmo retirando do enunciado dos pressupostos a presunção advinhatória sobre os fluxos populacionais atraídos para a região, os doentes que não forem contemplados pela USF ficarão destituídos de CS. Voltaremos a estas questões com maior profundidade no capítulo II, quando discutirmos o modelo USF e os efeitos decorrentes da existência de dois subsistemas dentro do sistema de cuidados de saúde primários.

Este mesmo médico repetirá, no dia seguinte, esta mesma *teoria* na reunião realizada para dar formalmente a conhecer a decisão sobre a USF, acrescentando ainda que nesta reforma “estamos a puxar o cobertor dos pés para a cabeça, e ao cobrirmos a cabeça deixamos os pés destapados” (dc-cs). Todavia, antecede os argumentos questionantes por uma enfática manifestação da sua concordância com o projecto e total disponibilidade de colaboração com a equipa. Durante a sua exposição sobre as interrogações que lhe gerava a extinção do CS são visíveis alguns acenos de concordância por parte do director e do enfermeiro-chefe, mas são apenas isso: sinais silenciosos de anuência que nunca serão verbalizados.

Nesses acenos discretos reside, por certo, um universo de preocupações partilhadas, já que, com a criação da USF, uns e outros ficam em total desconhecimento sobre os seus futuros profissionais. Mas porque não são manifestadas quaisquer apreensões, submergindo estas na necessidade de afirmar a concordância explícita com a mudança? Será, como diz Bauman (2001, 170 – 178), porque os medos, as ansiedades e angústias contemporâneas são feitos para serem sofridos em solidão? Não se somam não se acumulam numa "causa comum", não têm endereço específico, e muito menos óbvio. Isto priva as posições de solidariedade do estatuto de racionalidade que possuíam antigamente e sugere uma outra estratégia de vida.

Bauman (2001, 170) explica que quando o trabalho se torna de curto prazo e precário, tendo ele sido despido de perspectivas firmes (e muito menos garantidas), quando virtualmente todas as regras relativas ao jogo das promoções e divisões foram esgotadas ou tendem a ser alteradas antes que o jogo termine, como é este caso, então há poucas hipóteses de que a lealdade e o compromisso mútuos brotem e se enraízem. Esta versão "liquefeita", "fluida", dispersa, espalhada e desregulada da modernidade pode não implicar a ruptura final da comunicação, mas anuncia, segundo o autor, o advento do capitalismo leve e flutuante, marcado pelo "desengajamento e enfraquecimento" dos laços que prendem o capital ao trabalho. É como se se tratasse de "viver junto", metaforiza Bauman, com todas as consequências e estratégias daí decorrentes, incluindo a transitoriedade da coabitação e a possibilidade de que a associação seja rompida a qualquer momento e por qualquer razão, uma vez corrompida a necessidade e o desejo.

Esta metáfora do "viver junto" e da momentaneidade que lhe está associada aplica-se ao

director do CS. Reconhecido e tratado por "director" pelos colegas médicos, vê a efectividade do cargo e a autoridade diminuídos porque a legitimidade para o seu exercício parece fugir-lhe à medida da rapidez com que se avança na candidatura à USF.

Nesta fase da organização, as expectativas e as dúvidas quanto à distribuição dos cargos de chefia dos novos agrupamentos de centros de saúde deixam o cargo de director que ocupa no CS em suspenso e em *suspense* – aguarda para concretizar expectativas profissionais, gere aspirações pessoais, joga desempenhos, discursos, participações públicas e passividades assumidas até que se desenhem definitivamente as novas configurações do poder destes organismos e se estabeleçam as regras de funcionamento dos serviços.

Mas este será um impasse que se arrastará por demasiado tempo: a USF começa a ser projectada em Setembro, é inaugurada em Dezembro, mas só em Abril toma posse o director do ACES. Neste período, o director do CS toma posições de grande ambiguidade. Para si, o futuro profissional é uma verdadeira incógnita. Elabora cenários que lhe permitam descortinar vias possíveis de colocação: uma hipótese (a mais acalentada) é a sua nomeação para director do Agrupamento de Centros de Saúde da região; a outra é o regresso à actividade clínica. Manifesta tristeza pela forma como os directores dos centros de saúde têm sido tratados nesta "fase de transição" e afirma-se disponível para qualquer cenário profissional: "se o convidarem para director clínico ou executivo do Agrupamento de Centros de Saúde, aceitará" (dc-cs). Mas diz-se nada apreensivo em relação ao futuro, já que

"o pior (ou o melhor, frisa) que lhe pode acontecer é regressar à clínica, o que não o preocupa, terá apenas que fazer alguma actualização em termos de receituário" (dc-cs).

Considera que tem muita experiência e que é importante que escolham "os que sabem das coisas e que não seja pela cor política" (dc-cs). Mas se não for o escolhido, "regressará à actividade clínica" (dc-cs).

Não foi escolhido para director do ACES e regressou à actividade clínica em Março de 2009.

O desconhecimento sobre o futuro do CS leva-o a considerar, a 25 de Setembro de 2008,

quando a equipa proponente já preparava o processo de candidatura, que:

"este CS será mais virtual do que real, porque no essencial será constituído apenas por um enfermeiro e ele próprio, os únicos que não pretendem integrar a candidatura à USF, mas, ainda assim, existirá sempre, não sei bem em que moldes" (dc-cs).

Na realidade, por razões diversas, mais dois enfermeiros não virão a integrar a USF, e o CS manter-se-á em funcionamento, embora sem disponibilizar cuidados de saúde. Esta desagregação do CS dará origem a uma cisão entre os trabalhadores não-USF e os USF. Os primeiros são tomados pela incerteza do futuro profissional; os segundos empenham-se no novo projecto. Os enfermeiros que permanecerão no CS estão apreensivos. Uma enfermeira dizia

"para o desemprego não vou. Só me preocupa se me mandarem para longe, porque eu saí do hospital para ter mais tempo para as minhas filhas e para estar perto delas, e estou" (dc-cs).

A preparação da candidatura provoca evidentes implicações na organização do CS: no quotidiano de trabalho dos profissionais envolvidos, agora marcado por frequentes reuniões e uma agitação constante, visível nos gestos, nas palavras e nas expectativas, mais ou menos manifestas, em relação à entrada num novo modelo de organização; na relação inter (e intra-profissional, no caso do grupo dos enfermeiros), visivelmente marcada por uma conflitualidade latente entre os profissionais que participam no processo de candidatura e, portanto, passarão a integrar a "nova" USF, e aqueles que se recusaram, ou foram recusados, a integrar o projecto, pelas mais diversas razões. Os primeiros, atarefados numa constante azáfama, procuram compatibilizar as tarefas de rotina com a preparação da candidatura, em reuniões, dizem-nos, que se arrastam noite dentro, e até se realizam ao domingo. Não escondem a expectativa das vantagens que poderão advir do novo modelo. Os segundos, excluídos do processo, marginalizam-se, encerrando-se nos gabinetes numa aparente normalidade das rotinas estabelecidas.

Está, assim, produzida uma divisão entre os profissionais *pró-USF* e os *não-USF*. A conflitualidade entre uns e outros não se vê, não se ouve, não se exerce abertamente, mas sente-se, pressente-se, esconde-se nas ironias, nas *elaborações teóricas* sobre o futuro do CS, na exclusão dos *não-USF* das conversas informais. A insegurança dos *não-USF*

transforma-se em receio, angústia, incerteza, fúria e resignação, quase sempre disfarçados, raramente verbalizados.

A mudez instala-se no padrão de comportamento de todos os excluídos, e tem tanto de subserviência quanto de falta de confiança em relação ao futuro. Ou talvez seja mesmo a falta de confiança que gera a subserviência, porque a confiança em si mesmo, nos outros e nas instituições é a característica mais importante, e mesmo constitutiva da sociedade moderna (Bauman, 2001). Mas hoje é muito difícil construir confiança em organizações que estão a ser ao mesmo tempo "desmontadas, reduzidas e reengenheirizadas" (Bauman, 2001, 189), como era o caso deste CS. Os três constituintes em que assenta a confiança de que fala Bauman condicionam-se e apoiam-se entre si, sem um deles, os outros implodiriam e entrariam em colapso. Foi o que aconteceu quando estes profissionais se confrontam, inesperadamente, com o rompimento dos dois pilares basilares da segurança: a confiança nos outros com quem trabalham diariamente e a confiança na instituição.

O comportamento de silenciamento e de neutralidade a que se remetem os *não-USF* pode ser confundido com uma não-reacção, mas pode ser também uma reacção procrastinativa, como Bauman a conceptualizou, onde se manipulam as possibilidades de presença de uma coisa, deixando, atrasando, adiando o seu estar presente, mantendo-o à distância, numa tentativa de cravar no tempo e no espaço ainda possuídos no CS a segurança ontológica, agora liquefeita pela inexorável passagem do tempo, e que levará à extinção do CS e dos lugares profissionais de cada um. Nesta perspectiva, a reacção não pode ser entendida como displicência, indolência ou lassidão, mas como uma posição activa, uma tentativa de assumir o controlo da sequência de eventos e fazê-lo diferente do que faria se fosse dócil e não se resistisse (Bauman, 2001).

Continuando na linha de Bauman, o CS e os profissionais *não-USF* atravessam, e são atravessados, pela "modernidade líquida", uma consequência da própria modernidade, em linguagem Giddensiana. A cada um se pode aplicar a imagem e a metáfora da ampulheta do tempo, num movimento ininterrupto em que o CS se esvai à medida que a USF se forma.

Revisitando as "consequência da modernidade" que Giddens (1992) pensou há 20 anos, percebemos como a extinção do CS e, conseqüentemente, dos postos de trabalho, representa a desconfiança na fiabilidade de um sistema (o que garante o trabalho) e a

ausência de fé na integridade dos outros, os antónimos dos constituintes da confiança como Giddens a conceptualizou. Giddens associa depois a confiança com a segurança ontológica, que mais não é do que uma forma, "mas uma forma muito importante" (Giddens, 1992, 71), de sentimentos de segurança na continuidade da auto-identidade pessoal e na constância dos ambientes sociais e materiais envolventes. A segurança ontológica tem a ver com o "ser" ou, em termos fenomenológicos, com o "estar-no-mundo". Este fenómeno é mais emocional do que cognitivo e encontra-se enraizado no inconsciente: "Será que aquilo que vejo, na minha frente, continua a estar ali quando voltar costas?" (Giddens, 1992, 72)

Quando os enfermeiros, o director e a administrativa excluídos da USF fazem esta pergunta sabem que aquilo que vêem não estará ali dentro em breve, por isso a confiança, a segurança ontológica e o sentimento de continuidade das coisas e das pessoas, que permanecem estreitamente ligados uns com os outros, esboroam-se à medida que ganha contornos mais definidos o vazio da existência futura. É como se o "contrato" que os sujeitos estabelecem entre si, de que fala Giddens, de continuidade das rotinas na vida quotidiana tivesse caducado por incumprimento de uma das partes. Neste caso, foram os "outros", que ao decidirem pela criação da USF, destruíram a continuidade das rotinas.

O processo de candidatura para constituição da USF A é rapidamente aprovado e, em Dezembro de 2008, é inaugurada a nova USF com a presença da Ministra da Saúde à época. O evento organizado marca simbolicamente o fim do CS e reforça a segregação dos que não pertencem à nova unidade. Nos preparativos da recepção à Ministra estão envolvidos os médicos e enfermeiros da USF. Mas enquanto *os da USF* estão numa agitação visível para ultimarem todos os preparativos (da sala onde será servido o almoço, dos talheres que ainda faltam, aos enfeites e disposição das travessas, etc.), os *não-USF* escondem-se nas salas de trabalho, sem trabalho, porque neste dia o CS reduziu a actividade para os mínimos indispensáveis.

Uma das enfermeiras refugia-se num cubículo (uma pequeno espaço situado no vão das escadas, na parte exterior do edifício) juntamente com a investigadora – um curto interregno na inevitabilidade da sua presença no evento. Aqui, com a encenação verdadeiramente suspensa, não disfarça o mal-estar: não sabe para onde vai, nem o que vai fazer. Mais tarde é instada pelas colegas para ir ao almoço, mas um provável receio de

perder a *face*, obriga-a a desculpar-se com uma necessidade, inusitadamente premente, de fumar mais um cigarro. Diz peremptoriamente que irá, “mas agora tenho que ir fumar um cigarro. Depois vou, mas agora vou fumar um cigarro” (dc-cs). A sua presença surgirá na sala de reuniões onde decorreu o almoço já quando a ministra se tinha ido embora e todos já tinham terminado a refeição comemorativa.

Neste dia, o director inicia simbolicamente, mas ainda com carácter de provisoriedade, a sua pertença à equipa USF. Mantém, todavia, a indefinição sobre o futuro profissional, como se pode ver nas suas impressões, colhidas no dia da inauguração da USF:

“já tenho o meu gabinete lá em baixo. Ainda agora de lá venho. Os colegas convidaram-me e eu aceitei. Foi de repente e fiquei muito contente. Já foi escolhida a directora executiva do agrupamento, não sei se me vão convidar para director clínico, mas aceitei o convite dos colegas. Até tenho um gabinete muito bonito. É pequenino, mas é aconchegador. Tenho um plasma de 19 polegadas à minha frente. Realmente não nos podemos queixar (...) por enquanto integro provisoriamente. Ainda não se sabe quem será o director clínico [do ACES], mas ainda bem que não fui escolhido para director executivo. Vai ser a Dr^a A. e não lhe invejo a sorte, porque isto vai dar muito trabalho” (dc-cs).

Como já considerámos anteriormente, alguns profissionais excluídos da USF disfarçaram, repetidas vezes, a preocupação que a extinção do centro de saúde e dos postos de trabalho lhes gerava, como é o caso do enfermeiro-chefe, que neste dia, de manhã, mantém a mesma atitude de aparente despreocupação, mas duas horas depois, satisfeito e aliviado, vem dizer à investigadora:

“parece que a A. [a futura directora do Agrupamento de Centros de Saúde da região] já tem lá um lugarzito pra mim.” [Pergunto-lhe: “que lugar?”] “Um lugar de chefia” (dc-cs).

Na realidade o “lugarzito” não lhe foi atribuído e este enfermeiro permaneceu no centro de saúde, sem funções efectivas, numa situação de impasse que se arrastou ao longo de meses.

O dia da inauguração é, mais do que qualquer outro, marcado pelo uso de máscaras sociais. Os *não-USF* dissimulam como podem o sentimento de exclusão e marginalização a que estão votados; os outros, *os da USF*, recorrem à roupagem, no sentido literal do termo, para denunciarem a pertença à USF: das *toilettes* das médicas ao fato escuro dos

médicos, com ou sem gravata, todos se vestiram a rigor para o acto comemorativo. O cenário está pronto e a ministra chega, acompanhada pelo secretário de estado da saúde e outras personalidades, para o acto oficial da inauguração, que descrevemos assim:

"À chegada da ministra, às 12:20m do dia 22 de Dezembro de 2008, forma-se um círculo em volta da placa inaugurativa e o director inicia um longo discurso – escrito em três páginas A4. Nele enumera as etapas da sua vida, os órgãos a que pertence, os projectos que desenvolveu, e salienta que na próxima semana iniciar-se-á o rastreio do cancro do colo do útero, projecto que ele próprio desenvolveu e do qual será coordenador. Sublinha que depois de 12 anos de actividade de direcção deste CS, é com orgulho que regressa à actividade clínica e manifesta todo o seu apoio à actual reforma, da qual se diz ter sido sempre um defensor. Salienta que com a criação desta USF não haverá doentes sem médico de família e, por último, refere que este mérito não se deve à sua pessoa, mas a todos quantos trabalham neste CS. De seguida, o coordenador da USF fará também um breve discurso, onde explica as razões que inspiraram a equipa na escolha do nome, e sublinha, também ele, que assim se consegue que não haja doentes sem médico de família. A ministra ouviu atentamente os dois discursos, e tomou a palavra. Deu os parabéns à equipa, elogiou o modelo USF, referiu que já estão em funcionamento 156, mas que logo no início de Janeiro entrarão muitas mais. Elogiou o director por retornar à actividade clínica, sublinhando que os cargos que se ocupam na vida são assim mesmo – provisórios – e que quando terminam todos têm que regressar às suas anteriores funções, pois esse é sempre o seu lugar. O director tomou novamente da palavra para dizer que estava muito emocionado, que não falou de improviso «como todos sabem que eu falo, porque falo sempre de improviso, porque tinha receio de não aguentar a pressão emocional do momento». Seguiu-se uma visita da ministra por todos os gabinetes com a comitiva atrás dela e, logo depois, o almoço na sala de reuniões. Logo se formaram dois grupos: o da mesa da ministra, onde se encontravam os membros da MCSP e da ARSN e os médicos; e um outro onde estavam os enfermeiros e os administrativos. Tiraram-se novamente fotografias. Por volta das 13:30 a ministra retirou-se" (dc-cs).

Inicia-se aqui uma nova fase na vida do CS a que chamamos de *CS pós-USF*.

1.3. O Centro de Saúde pós-USF

Com a entrada em funcionamento da USF, acentua-se cada vez mais a ruptura entre o grupo da USF e os que permanecem no CS: os primeiros iniciam-se na experimentação da mudança; os segundos deparam-se com um quotidiano, que embora já antevisto, ainda não tinham vivenciado: enclausurados nos seus gabinetes, física e espacialmente

separados de tudo, experimentam o completo vazio de funções. Pouco ou nada fazem e nada têm para fazer, assim permanecendo por tempo indeterminado.

Uma enfermeira lamenta-se, queixa-se, revolta-se, resigna-se:

“(…) não aguento mais. Segunda-feira vou pedir para me porem a fazer qualquer coisa. Nem que seja para as falhas, mas assim é que não aguento. Não tenho nada para fazer, hoje de manhã fui para a saúde escolar com os estagiários, à tarde vou tomar posse na Comissão de Ética. Mas não tenho nada para fazer. É horrível! Já viu, estão-me a pagar o meu ordenado, eu venho para aqui às 8, às 8 não, agora venho às 9, é que o tempo custa muito a passar, e vou-me embora às 4, sem fazer nada. Eu fico maluca. Que me ponham nas falhas, que ponham onde quiserem, mas aqui não aguento mais. Estou assim desde o dia 22 de Dezembro [hoje são 16 de Janeiro de 2009], desde o dia em que a USF foi inaugurada. E agora parece que ainda vou ficar mais 15 dias, dizem que o Agrupamento só começa a 2 de Fevereiro. Eu não aguento! segunda-feira [hoje é sexta] vou ter com a directora do agrupamento e pedir-lhe para me pôr nalgum sítio” (dc-cs).

Imperou a resignação e a 22 de Fevereiro, mais de um mês depois, continuava a afirmar:

“Não! Não tenho nada para fazer. Estava aqui a responder a uns mails, mas não tenho nada para fazer” (E2 – CS Enf.).

É nestas circunstâncias que o emprego passa a parecer-se com um acampamento que se visita por alguns dias, quando as regras administrativas o impõem, e não com um domicílio compartilhado onde nos inclinamos a ter trabalho e a construir pacientemente regras aceitáveis de convivência (Bauman, 2001).

A enfermeira responsável pela área da pediatria e saúde infantil, além de não ter doentes, "as mães continuam a telefonar-lhe, mas tem que lhes dizer que não pode responder" (dc-cs). E lamenta-se e indigna-se:

"Tenho 45 anos, fiz uma especialidade em Pediatria e agora querem que eu seja enfermeira de família. Não! Não me venham cá com isso. Que me mandem para onde quiserem. Não sei para onde vou. No outro dia encontrei o Dr. S. e perguntei-lhe «então, já se sabe alguma coisa? Para onde vamos?» E ele «Oh enfermeira, quer uma cunha? Eu dou-me muito bem com a Dr^a A.. [futura directora do ACES], eu meto-lhe uma cunha.» «Já viu isto? Vêm-me com a cunhazinha! Eu não quero cunhas, eu quero que me deixem fazer o meu trabalho. Eu nunca quis cunhas!»” (dc-cs).

A ausência de funções estende-se ao enfermeiro-chefe. Ironicamente, enfatiza que "ainda tem dois enfermeiros a trabalhar" (dc-cs), hierarquicamente seus subordinados. Mas, na realidade, esses dois enfermeiros e ele próprio nada têm para fazer. Todos desconhecem para onde vão ou quando se definirão as situações laborais.

O director do CS mantém-se formalmente em funções até à entrada em funcionamento do ACES, embora estas estejam claramente reduzidas.

A administrativa (com o cargo de chefe de secção), vê-se agora remetida a um espaço vazio e isolado. E se anteriormente a simbologia social inscrevia o seu gabinete no lugar superior da hierarquia do CS, está agora marginalizada, sozinha, segregada, excluída de tudo e de todos. Lamenta-se do isolamento a que ficou votada e deixa transparecer uma profunda insegurança ontológica, como se pode ver abaixo:

“«Hoje sinto-me um bocadinho mais em baixo (...) e até tenho medo que me dê aqui qualquer coisa e ninguém dá conta, ninguém me vem socorrer». Digo-lhe: «não está assim tão sozinha, estão todos lá em baixo». «Oh senhora doutora, estão lá em baixo, mas ninguém sabe o que se passa aqui!» E continua «vou-me embora, já não estou p’ra isto. Então já viu? Agora com esta idade (...) não sei para onde vou, nem o que me vai acontecer! Vou meter a reforma!»" (dc-cs).

Desencantada, afirma:

"E eu sou, efectivamente, uma das pessoas desmotivadas e cansadas. Por outro lado, uma mudança que é para ser e nunca mais é. Esta mudança do CS para agrupamento, que já estava para ser há um ano, não é? Vai hoje, vai amanhã, as coisas mudam... está tudo... pronto. Parece que tudo tem que mudar... isto é, a premissa até agora foi, tudo tem que mudar para ficar tudo absolutamente na mesma. Só que as coisas não ficaram na mesma. Acho que este tempo que se perdeu, piorou, porque cansou e desmotivou as pessoas. E eu sou, efectivamente, uma das pessoas desmotivadas e cansadas. E eu também digo muitas vezes que esta luta que vem agora aí já não é para mim. É para a gente jovem, eu já passei por muitas e agora vou descansar. E depois é esta convicção, assim muito pessoal, que as pessoas de carreira, acho que nesta fase das instituições (...) acho que estão a ser assim... acho que um bocado encostadas. Postas na plataforma, assim de lado" (E5 – CS Adm.).

Requeru a aposentação, que obteve em Maio de 2009.

O ex-Presidente da MCSP, confrontado com estas perplexidades geradas pela reforma,

considera que o atraso na implementação dos ACES provocou um desfasamento temporal entre a primeira fase da mudança, que consistia na criação das USF, e a segunda fase, em que seriam formadas as unidades de cuidados de saúde personalizados – as unidades dos ACES que englobariam todos os profissionais que não tivessem formulado, voluntariamente, a candidatura à USF. Como o próprio diz, houve uma fase de oportunidade para as pessoas se *organizarem* e outra para serem *organizadas*, como se pode ver no seu testemunho:

"Houve uma coisa que correu mal, claramente, que foi o *timing* de implementação dos ACES. Portanto, aquilo que estava previsto era: se as USF são um processo voluntário e o facto de ser um processo voluntário desbloqueou muita coisa, criou muito interesse, criou uma sensação de que aquele projecto era daqueles profissionais, mas obviamente que sabíamos que se é voluntário não pode ser estendido a cem por cento da população dos cuidados de saúde primários e portanto tinha que haver uma fase... e era perfeitamente legítimo que um conjunto de pessoas quisesse assumir um conjunto de responsabilidades... Querem ter mais autonomia, querem assumir a gestão do seu trabalho e há outras pessoas que não o querem fazer e isso é absolutamente legítimo e não há aqui uns que sejam melhores que os outros. E, portanto, havia desde o início desenhada uma outra fase que era as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados. Havia uma primeira fase em que se dava às pessoas a oportunidade de se organizarem e quando não quisessem, obviamente tinham que ser organizados também, não era por auto-organização, era um pouco dois processos, um de baixo para cima – o dos USF; outro de cima para baixo – nas unidades de cuidados de saúde personalizados. Isto sem qualquer juízo de valor de uns serem melhores do que os outros. O facto dos ACES terem aparecido com um ano e meio de atraso, obviamente que atrasou esta segunda fase da organização, a tal de cima para baixo, o que de facto criou problemas" (E1, ex-Presidente MCSP).

Cortez (2010, 192) salienta que são indiscutíveis os ganhos de qualidade dos cuidados prestados e de satisfação de profissionais e utilizadores da USF, mas votou-se ao abandono o resto das unidades de saúde. Neste caso e neste CS, os profissionais foram (e sentiram-se) abandonados. Remetidos para uma não-existência, esquecidos pelos órgãos tutelares e pelos mentores da reforma, permaneceram segregados em espaços desertificados de doentes e de colegas, onde se encurralavam à espera que um horário de serviço, sem serviço, se escoasse na aflição e na frustração de quem nada tem para fazer.

Biscaia *et al* (2008, 239 e 241) acentuam que as USF já em funcionamento permitiram um ganho em termos de cobertura da população utente de 13,66%, percentagem que seria

suficiente para cobrir a população actualmente sem médico de família se todos os médicos de família aderissem a uma USF. Mas a realidade é que não aderiram e, por isso, podem existir "eventuais faltas de equidade", dizem os autores. E "falta de igualdade", dizemos nós, no acesso aos cuidados entre os utentes que pertencem à USF e os que a elas não pertencem.

A co-existência da USF e do CS, no mesmo espaço e no mesmo tempo, remete-nos para o período de integração dos Serviços Médico-Sociais nos CS. Embora separada na história dos CSP por mais de três décadas e por quadros organizacionais distintos, não deixa de comportar uma certa *proximidade* sociológica: à época, a incorporação de duas culturas organizacionais diferentes, além de limitar a actividade do CS, veio a ser responsável por parte dos problemas com que a prestação dos cuidados de saúde primários se foi deparando ao longo dos anos (Miguel, 2010, 356). O que agora questionamos é se a actual dualidade de modelos de prestação de CSP não virá a ser geradora dos problemas do sector no futuro? E se as políticas e as estratégias que definem as orientações para os cuidados primários não padecem de uma ciclicidade que situa cada mudança num ponto de onde outra mudança já tinha partido anos antes?

A história das políticas para os cuidados primários pode, como diz Carapinheiro (2006, 145) a propósito da década de noventa, ser comparada a um movimento pendular, em que as tendências ideológicas e as directrizes políticas se traduzem por movimentos oscilatórios, ora de recuo ao passado ora de rejeição desse passado. Neste vaivém entre um passado já longínquo e um futuro de indefinição, os profissionais, destituídos do exercício profissional, experimentaram uma temporalidade suspensa, uma intermitência nas carreiras e nas biografias pessoais, sem vislumbrarem qualquer horizonte profissional.

O ex-Presidente da MCSP explica esta situação pela necessidade se estabelecerem prioridades e remete a responsabilidade dos factos para os actores políticos da reforma:

"Ouça, a questão é que você precisa de priorizar. Não é possível fazer tudo ao mesmo tempo. A Missão tinha uma tarefa complicadíssima que era gerir todo este processo e a questão da gestão e da implementação no terreno dos ACES escapou completamente à Missão. Quer dizer as pessoas têm que perceber que há aqui responsáveis políticos da reforma e esses sempre foram, primeiro o Professor Correia de Campos, segundo, o Dr. Manuel Pizarro. Eram os condutores políticos, legítimos, quem tinha de tomar as decisões políticas. A Missão era, no fim de contas, uma estrutura

temporária criada para operacionalizar e encontrar soluções técnicas para aquilo que os políticos queriam fazer. Portanto, a Missão não tinha poderes absolutos para fazer tudo e ao mesmo tempo numa fase complicada como foi a fase final do Professor Correia de Campos. É que as coisas atrasaram-se e esse ano e meio, de facto, complicou muito as coisas. Complicou muito as coisas porque, por exemplo, atirou algumas decisões difíceis para um governo que já não era maioritário, como era o do Professor Correia de Campos e, portanto, com uma capacidade política limitada em relação àquilo que era anteriormente. Portanto, se as coisas tivessem conseguido ser todas feitas no *timing* que tínhamos imaginado e que tínhamos previsto provavelmente teríamos avançado muito mais rapidamente, evitando essas situações, de facto, de algumas pessoas ficarem sem saber exactamente o que é que iam fazer, o que obviamente é extremamente desagradável para os profissionais que estavam no terreno. Repare, se por um lado nas USF havia um grande entusiasmo, havia um grande objectivo de autonomia... mas as USF sempre foram uma parcela muito pequena relacionada com aquilo que era a globalidade dos recursos e, portanto... Mesmo hoje em dia não ultrapassa os trinta e pouco por cento, quer dizer a esmagadora maioria das pessoas não estão nesse modelo e, portanto, obviamente que temos que ter muita atenção a todas essas pessoas" (E1, ex-Presidente MCSP).

Em Março de 2009 duas enfermeiras foram colocadas noutra CS, permanecendo o enfermeiro-chefe, a administrativa e o director, com exercício reduzido das respectivas funções. A administrativa aguardava a entrada na reforma, o que veio a acontecer em Abril de 2009; o (ex)director viria a reassumir as funções de clínico geral na USF A, em Maio, em regime de *part time*, e o enfermeiro-chefe permaneceu no CS, desprovido de funções. Com a abertura das candidaturas para a constituição das UCC, o enfermeiro-chefe e as outras duas enfermeiras candidataram-se com um projecto para a criação de uma UCC. Neste momento aguardam o resultado da candidatura.

Actualmente, o CS mantém a designação de CS, embora tenha sido extinto enquanto unidade funcional e não possua qualquer funcionário.

2. O Centro de Saúde *tradicional*: organização funcional e modelo de produção de cuidados

Os CS são unidades prestadoras de cuidados de saúde às populações da área geográfica onde se inserem, vocacionados para a promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença. Pese embora os diversos diplomas legais terem procedido a alterações, reformulações e adaptações dos dispositivos normativos, no plano político-ideológico é possível identificar uma linha de continuidade do trinómio prevenção/promoção/tratamento como atribuições do CS, que vem sendo afirmada desde a primeira norma legal e reafirmada nas mais recentes medidas reformadoras. Para a prossecução destes objectivos foram sendo experimentados diferentes modelos de organização funcional (das Unidades Locais de Saúde ao Regime Remuneratório Experimental, do projecto "Tubo de Ensaio" aos projectos "Alfa"), alguns ditos inovadores, na tentativa de alcançar níveis de maior eficiência dos serviços e, assim, potenciar a satisfação das necessidades dos cidadãos.

Aliás, o sector dos cuidados primários tem sido, ao longo das suas, quase quatro décadas de existência, um permanente "tubo de ensaio" das ideias (e dos ideais) das diferentes orientações político-ideológicas que representaram o poder governativo. Senão veja-se, cronológica e sinteticamente: os CS são criados em 1971 em coexistência com os serviços médico-sociais; em 1983 são criados os centros de saúde integrados (Decreto-Lei nº 97, de 22 de Abril de 1983), também designados de "segunda geração", fundindo os ex-serviços médico-sociais com os serviços dos centros de saúde; em 1999, o Decreto-Lei nº 157/99, de 10 de Maio procede à reformulação dos CS, dotando-os de personalidade jurídica, e propondo uma estrutura organizacional que apresenta algumas semelhanças com a preconizada pela actual reforma, nomeadamente a existência de associações de CS e o conceito de unidade de saúde familiar; em 2003 este diploma é revogado pelo Decreto-Lei nº 60/2003, de 1 de Agosto, que, por sua vez será revogado pelo Decreto-Lei nº 88/2005, de 3 de Junho, vindo este ainda a reprimar o Decreto-Lei nº 157/99, de 10 de Maio, repondo a vigência deste diploma. Contudo, a partir da publicação do Decreto-

Lei nº 28/2008³⁷, de 22 de Fevereiro, que vem estabelecer o quadro legal para o funcionamento dos ACES, o Decreto-Lei nº 157/99 torna-se juridicamente obsoleto nalgumas das suas disposições.

Objecto de vasta e, por vezes, contraditória produção legal, o sector dos CSP foi sendo talhado e retalhado, mais à medida das forças e do pensamento ideológico do que da prossecução dos objectivos para que havia sido criado. Implementou-se uma rede de CS com modelos de funcionamento diversos, horários de atendimento díspares e uma tipologia de serviços variável, resultando um sistema de cuidados primários que não o é. No ano de 2008, existiam 346 CS, com variável oferta na tipologia de cuidados (havendo CS que apenas disponibilizavam serviços de medicina familiar e enfermagem, a outros que ofereciam diversas outras especialidades médicas). Destes, 254 integravam um Serviço de Atendimento Permanente (SAP³⁸), e 29 dispunham de unidades de internamento (DGS, 2008, 7³⁹.)

³⁷ O Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de Fevereiro, reconhece o carácter "visionário" do Decreto-Lei nº 157/99, mas considera-o "desajustado da realidade portuguesa, motivo pelo qual teve pouca aplicação prática" (Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de Fevereiro). Estabelece as normas de criação e funcionamento dos ACES, mas não procede à revogação do Decreto-Lei nº 157/99, de 10 de Maio, pelo que se considera que este se mantém em vigor.

³⁸ Simultânea à reforma dos CSP tem vindo a proceder-se ao encerramento de algumas destas unidades. Trata-se de uma reestruturação destes serviços que, embora decorra em simultâneo com a reorganização dos CSP e com ela se articule, como argumentam os responsáveis políticos, não abordaremos aqui.

³⁹ A DGS publica, em Março de 2010, o mesmo Relatório relativo às estatísticas para o ano de 2008 (DGS, 2010). Os itens *Centro de Saúde com SAP* e *Centro de Saúde sem SAP* surgem com a indicação "Dados não disponíveis" (DGS, 2010, 7). A página dedicada à caracterização do "Centro de Saúde" e "Pessoal em Serviço" surge com a frase "DADOS NÃO DISPONÍVEIS" (DGS, 2010, 8). Esta "indisponibilidade de dados" e/ou desactualização tem sido notada igualmente pelo OPSS (OPSS, 2008) e é reveladora das dificuldades com que qualquer um (investigador, entidade oficial ou cidadão) se confronta ao pretender caracterizar o sector dos CSP. Não sabemos, por isso, qual é o número de profissionais, nem qual é a sua distribuição geográfica e por áreas profissionais. É certo que dispomos de dados permanentemente actualizados sobre as USF e o número de profissionais que as integram, mas não possuímos um retrato estatístico do CS, nem dos impactos numéricos da deslocação dos profissionais do CS para a USF, o que impossibilita a quantificação e qualificação do número de utentes com e sem médico de família (Cortez, 2010, 189).

Segundo o Alto Comissariado para a Saúde (Alto Comissariado para a Saúde, 2010, 44), em Janeiro de 2010, existiam 363 centros de saúde, agrupados em 74 ACES⁴⁰. Dependendo do tipo de serviços oferecidos, o horário de funcionamento destas unidades pode assumir as seguintes modalidades: 24 horas do dia, das 8 às 24 horas ou das 8 às 20 horas.

Quanto à sua natureza jurídica, os CS são pessoas de direito público, dotados de autonomia técnica, administrativa e património próprio, sob superintendência e tutela do Ministério da Saúde e cabendo às Administrações Regionais de Saúde a coordenação e avaliação do seu funcionamento (Decreto-Lei nº 157/99, de 10 de Maio), sendo igualmente estas responsáveis por estabelecer as orientações necessárias para garantir o bom funcionamento dos CS. A organização interna de cada CS deve constar de regulamento próprio, aprovado por portaria do Ministério da Saúde.

Embora apresentando grande variedade de modelos organizacionais, o quadro normativo-legal define a estrutura formal de cada CS. O CS em estudo dispunha de medicina geral e familiar, serviços de enfermagem e serviço social, num horário de funcionamento das 8 às 20 horas⁴¹. Assim descrita, a componente formal do CS apresenta traços evidentes de organização burocrática, tal como Weber os havia identificado.

Ora, como já abordámos no quadro teórico, o debate sociológico sobre as perspectivas teóricas, metodologicamente mais adequadas e teoricamente mais produtivas para o estudo das organizações e dos profissionais de saúde, foi pautado durante algum tempo pela discussão entre as teses do profissionalismo, sublinhando as insuficiências da burocracia racional para captar as dimensões informais da organização e reconhecendo a sobreposição da regulação profissional à normatividade administrativa, baseada na autonomia e autoridade da profissão médica (Turner, 1999; Freidson, 1984; Freidson, 1988; Carricaburu e Ménorte, 2005; Carapinheiro, 1993).

Mais recentemente, recentra-se a questão da desprofissionalização e da proletarização, conceitos vindos da década de sessenta e setenta, mas agora reactualizados para dar conta

⁴⁰ Como já ficou dito, na realidade só entraram em funcionamento 68 ACES.

⁴¹ Os doentes do CS dispunham de um Serviço de Atendimento Permanente, existente no CS concelhio e dando cobertura deste serviço a toda a área geográfica de abrangência.

das fortes mudanças que atravessam as instituições de saúde e os seus profissionais, nomeadamente a informatização dos sistemas de diagnóstico e tratamento e a modelação do exercício clínico por referência a saberes padronizados e parcelares, bem como as novas formas de gestão e administração que poderão estar a (re)burocratizar as organizações e os profissionais (Calnan e Gabe , 2009; Annandale, 1999; Coburn, 2006, Broom, 2006; Wills, 2006; Long *et al*, 2006).

No caso deste centro de saúde existem traços de racionalidade burocrática, quer emanados da própria administração central pelos órgãos tutelares, quer das normas legais, quer ainda das hierarquias internas. Mas, simultaneamente, existe um vector informal que se constitui igualmente como um vector de análise, e onde se geram as normas não prescritas administrativamente. De momento, colocamos o foco analítico nos contextos onde ocorrem as práticas profissionais e se operam os saberes. Ou seja, situamo-nos no domínio dos contextos negociais (Strauss, 1992), onde diariamente se produzem as acções e interacções negociadas nos diversos contextos de trabalho.

Com este cruzamento teórico-analítico queremos perceber se as categorias de trabalhadores do CS possuem (e utilizam) uma autonomia profissional capaz de produzir regras informais que se sobrepõem à racionalidade da administração e se, nos processos negociativos, podemos encontrar a influência de atributos especiais provenientes da pertença a determinada profissão. Focalizamo-nos especificamente na componente informal do CS, nos elementos imersos na estrutura da organização, que se traduzem e concretizam diariamente em dinâmicas inter e intraprofissionais, relações interpessoais e lógicas de (re)adaptação diária das regras administrativas. Será esta análise que nos permitirá perceber se no CS, à semelhança do hospital, existe uma dualidade de estruturas de regulação: a burocrática-racional e a profissional.

Pretende, assim, colocar-se em perspectiva o centro de saúde a partir de dentro de si mesmo. Mas para tal, importa não esquecer que este CS se inscreve na rede de centros de saúde do país, constituindo, portanto mais um entre todos os outros. Interessa por isso fazer um breve enquadramento das principais linhas de caracterização sociológica do CS em geral.

Os dois estudos desenvolvidos por Villaverde Cabral (Cabral *et al*, 2002 e Cabral e Silva, 2009) retratam as suficiências e insuficiências da organização centro de saúde e a

evolução da capacidade prestativa de serviços à população. No primeiro estudo (Cabral *et al*, 2002) são colhidas as opiniões dos utentes em dez indicadores para uma avaliação do sistema. Os autores sublinham a existência de "importantes matizes no cenário global de avaliação positiva dos centros de saúde" (Cabral *et al*, 2002, 216). As condições das instalações, o horário de funcionamento e os serviços de enfermagem são os itens que recebem uma avaliação mais positiva, enquanto que os indicadores "tempo de espera por uma consulta" e "tempo de espera antes de ser atendido" obtém opiniões menos favoráveis. Contudo, os autores chamam a atenção para a mediatização a que estes aspectos estão sujeitos por parte da comunicação social, podendo influenciar a opinião dos inquiridos, já que quando a mesma questão é abordada de maneira diferente, os resultados obtidos evidenciam que afinal a espera não é problemática para a grande maioria dos utentes. Quanto ao funcionamento global dos centros de saúde, a maioria dos utentes considera-o bom ou muito bom (Cabral *et al*, 2002, 215 – 219).

O estudo de 2009⁴² (Cabral e Silva, 2009) faz a comparação com os dados de 2001, contidos na anterior publicação, dando conta da evolução do sector neste período. Destaca-se o aumento considerável do número de consultas, com mais portugueses a declarar terem recorrido ao centro de saúde, resultando um aumento de 20% dos utilizadores em sete anos. A avaliação global do funcionamento do centro de saúde, feita com base na experiência pessoal de cada utilizador, é, em média, mais positiva do que a que foi feita em 2001, mas mantém-se o tempo de espera por uma consulta com o médico de família como o aspecto que gera mais descontentamento. Outros indicadores, como o tempo de espera antes de ser atendido no dia da consulta, os serviços ao domicílio e o serviço de prevenção de doenças são os que recolhem pior avaliação, embora todos "registem agora avaliações tendencialmente positivas, ao contrário do que ocorria há sete anos, quando as médias avaliativas pendiam para o pólo negativo" (Cabral e Silva, 2009, 75).

As condições das instalações e os serviços de enfermagem são os aspectos melhor avaliados, tal como em 2001. A satisfação global com o centro de saúde foi

⁴² Vale a pena referir que apesar da reforma do sector estar já em curso e de estar em funcionamento um número considerável de USF aquando da aplicação do inquérito do estudo, nunca é feita qualquer referência a esta questão. A USF nunca é mencionada, pelo que se depreende que os resultados apresentados reportam exclusivamente ao centro de saúde.

maioritariamente positiva, com mais de metade dos inquiridos (58,8%) a considerar o seu funcionamento como bom ou muito bom (Cabral e Silva, 2009).

Biscaia *et al* (2008) partindo do "Relatório da Comissão de Avaliação das Condições Técnicas para o Exercício da Actividade dos Médicos nos Centros de Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo", publicado em 2004, elencam um conjunto de aspectos negativos e positivos que podem ser encontrados no CS. São exemplos negativos os doentes sem médico de família, a falta de acessibilidades para deficientes, a necessidade de partilha do gabinete, a exiguidade dos espaços de enfermagem, a exclusividade de actividades assistenciais de alguns médicos, a investigação incipiente, entre outros. São aspectos positivos a prestação de cuidados globais, integrais e de continuidade, a vigilância da saúde infantil e materna e o planeamento familiar, o sistema de marcação de consultas programadas, a existência do gabinete do utente, de sala de reuniões e bibliotecas, entre outros. A par disto, os autores sublinham o reduzido número de médicos e enfermeiros a exercer em CS, comparativamente com o universo destes profissionais no hospital, sendo que no caso dos enfermeiros se assistiu a um aumento muito significativo do número de efectivos, mas esse aumento foi canalizado essencialmente para o hospital, tornando ainda mais gritante o diferencial entre hospital e CS (Biscaia *et al*, 2008, 174).

Em jeito de balanço são salientados pelos autores (Biscaia *et al*, 2008) os efeitos positivos nos indicadores de saúde e a redução das desigualdades em saúde e como aspectos negativos a insuficiência da coordenação entre cuidados, a inadequação e insuficiência do equipamento de software, bem como outros aspectos menos conseguidos no tratamento e prevenção de algumas doenças, como o VIH, a obesidade, etc. (Biscaia *et al*, 2008, 181).

O Relatório da Primavera de 2008 (OPSS, 2008, 110) caracteriza os CS antes do início da reforma como

"demasiado centrados na figura do médico, por se basearem em políticas demasiado hierarquizadas (*top-down*), pelo grande número de utentes sem médico de família, pelos elevados tempos de espera, pelas dificuldades de articulação com outros níveis de cuidados, pela existência de infra-estruturas desadequadas, pela ausência de uma estratégia de marketing, pela ausência de toda uma gama de serviços fundamentais ao bom desempenho e às necessidades dos utentes, por um sistema de informação desadequado e pouco efectivo, por uma política de recursos humanos desadequada,

pela ausência de competências de liderança e, principalmente, por uma organização hospitalocêntrica da prestação de cuidados de saúde."

Em relação ao CS em análise, não podemos deixar de referir a correspondência da maioria dos aspectos referidos pelo OPSS com a realidade empírica observada. Ressalte-se, todavia, neste caso, a inexistência de utentes sem médico de família e a qualidade das instalações, construídas de raiz para o centro de saúde, são modernas mobiladas e equipadas de novo. Diríamos, assim, que no que respeita a infra-estruturas físicas e a recursos humanos parece existir uma razoável adequação entre as necessidades da população abrangida e a oferta de serviços.

Porém, para se atingir um dos objectivos deste estudo (o de conhecer em profundidade e "por dentro" a unidade CS), importa analisar o que está para além das estruturas sociais e das infra-estruturas organizacionais. Ou seja, mergulhar na componente informal, dificilmente visível em estudos quantitativos, mas muitas vezes capaz de se sobrepor às normas administrativamente estabelecidas e às disposições políticas.

Começamos pela norma que define o horário do CS. Ao horário de abertura e encerramento administrativamente definidos sobrepõe-se um padrão de funcionamento adaptado às conveniências dos profissionais, capaz de fazer prevalecer as regras informais e as lógicas de tacitude produzidas na compatibilização do interesse dos grupos profissionais. É o caso dos enfermeiros que, semanalmente, cumprem um turno de trabalho de 12 horas consecutivas, para que todos possam, nos restantes dias da semana, realizar o horário de seis horas e não de sete horas conforme o estipulado legalmente.

A categoria dos médicos goza de relativa flexibilidade no cumprimento do horário e autonomia na organização das tarefas, tendendo a concentrar a marcação das consultas no período de final de manhã e início de tarde. Sobre o suposto incumprimento de horário dos médicos, ironiza o enfermeiro-chefe:

“«Entram às 8, não é?» – pergunto. «Tás maluca?! Entram, mas só cá estão às 10! Olha, a A. já a viste? vem às 10, às 11, quando calha!» Digo: «Tenho que vir para aqui às 8». “P’ra quê? Não está cá ninguém. Está cá o segurança. As administrativas vêm às 8:30, eu venho às 9 [hoje chegou eram 10:30, hora habitual da sua chegada] e os médicos vêm depois, às 10, às 11...” (dc-cs).

Mas ele próprio, à semelhança dos restantes elementos da direcção, goza de grande flexibilidade de horário. De facto, os elementos da direcção (enfermeiro-chefe, director e chefe de secção) raramente se encontram na instituição antes das 10 horas, como frequentemente registamos em notas de campo: "Começo sempre por me dirigir ao sector da direcção, mais uma vez não estava ninguém, nem secretária, nem enfermeiro, nem director" (dc-cs). Habitualmente o enfermeiro-chefe entra nas instalações do CS por volta das 10/11h, saindo mais tarde ou mais cedo, sem nunca termos percebido as razões que o determinavam. Um dia acompanha a investigadora quando esta abandonava o CS: "São 12 horas. Está calor, diz que vai para a praia. «É disso que gosto!» – comenta" (dc-cs).

O director tem um horário de presenças irregular, alterando-se consoante o dia e a semana, e de permanência de cerca de três horas. Nos dias em que está de manhã chega por volta das 10:30/11 horas permanecendo até às 13/14 horas; As presenças de tarde, igualmente irregulares, podem iniciar-se às 14, às 15 horas ou mesmo mais tarde.

Ao longo do dia foi possível observar a existência de períodos de intensa e fraca laboração: na primeira e segunda horas da manhã e no fim de tarde há poucos doentes e poucos profissionais. Aparentemente sem um padrão de procura definido, pudemos observar o mesmo dia da semana com elevada e reduzida procura, como bem ilustram as notas do diário de campo abaixo:

— "dizia-me a enfermeira que «era uma segunda-feira anormalmente calma», insistindo que amanhã [terça-feira] iria ser um dia terrível, já estava completamente cheio de marcações"(dc-cs);

— "As salas de espera da enfermagem e dos médicos têm muitos doentes (10/12 pessoas em cada uma). É uma segunda-feira agitada, será o que todos me dizem". (dc-cs).

No que diz respeito à norma que define administrativamente os tempos de funcionamento do CS é possível concluir pela existência de relativa autonomia dos grupos profissionais na definição de tempos e dos ritmos de trabalho, negociados inter-profissionalmente. Autonomia essa que é, no entanto, variável para enfermeiros, médicos, elementos dirigentes e administrativos. Os primeiros desenvolveram negociações entre si e com a chefia para criar um acordo tácito que permita contemplar as conveniências de todos; os médicos dispõem de relativa autonomia: determinam os horários, o conteúdo e o ritmo de

trabalho; os dirigentes, embora gozando de evidente autonomia, esta dilata-se na posse e no uso para o director e para o enfermeiro-chefe e contrai-se para a administrativa chefe de secção.

A categoria dos administrativos raramente negocia alterações ao horário de trabalho.

Tomando em consideração as regras formais que definem o tempo e o horário de trabalho, pode, efectivamente, afirmar-se que o modelo da burocracia racional de Weber se mostra incapaz de identificar os processos adaptativos descritos e contextualmente negociados pelos profissionais, levando-nos, portanto, a concluir pela existência de um duplo sistema de autoridade, onde se compaginam as normas estatais e a regulação informal. Como ficou referido no quadro teórico, devemos distinguir a autonomia de cada trabalhador pelo facto de pertencer a uma profissão (como é o caso da enfermagem) da autonomia profissional, que existe na profissão médica e se manifesta nalgum controlo que os médicos exercem sobre a organização (Elston, 1991), dispondo de legitimidade informal para se auto-regularem. Mas a questão que aqui se coloca é se a propriedade da autonomia e da auto-regulação do trabalho é o factor determinante, tal como diz a investigação sobre o hospital, para produzir um sistema regulatório informal, ou se esse sistema é produto de acordos negociais entre os profissionais que pouca ou nada têm a ver com a posse de autonomia profissional?

Na profissão de enfermagem a adaptação do horário é originada por conveniências pessoais partilhadas e, portanto, não tem origem na autonomia profissional. Aliás, como veremos mais à frente, os enfermeiros reclamam a falta de autonomia profissional. É certo que detém uma capacidade auto-regulatória das actividades diárias, mas mais por rotinização organizacionalmente cristalizada do que pelo exercício de efectiva autonomia profissional.

No caso dos médicos a adequabilidade dos horários resulta da condição de supremacia que detém na instituição, aproximando-se assim do exercício efectivo da autonomia profissional, como classicamente foi descrita nos estudos sobre o hospital (Turner, 1999; Freidson, 1984; Freidson, 1986; Carapinheiro, 1993). No entanto, como já várias vezes o dissemos, o centro de saúde não é comparável ao hospital. Aqui esta duplicidade normativa, embora tenha emergido por observação directa da actividade organizacional, não oferece contornos suficientemente robustos que nos permita dizer que o sistema de

regulação informal se sobrepõe à normatividade administrativa. Parece mais evidente que é a plasticidade das normas gerada pela ausência dos reguladores (o director e o órgão tutelar) que torna possível a sua adaptação. E trata-se de uma adaptação, não de uma sobreposição das regras informais às formais.

Outra dimensão de análise diz respeito ao modelo de organização e produção de cuidados, cujas regras gerais são definidas administrativamente (agenda e tempos de consulta, número de utentes por médico e enfermeiro, tipos e horários de atendimento, etc.). Assim, a actividade do CS estava estruturada em quatro sectores funcionais: o serviço social, o administrativo, a medicina e a enfermagem. O primeiro é constituído pelo "gabinete do utente", onde, através de um técnico de serviço social, se processa o atendimento às situações de vulnerabilidade social e desencadeiam os mecanismos de apoio existentes.

O sector administrativo pode ser considerado a máquina burocrática da organização, onde se operacionalizam os procedimentos de suporte administrativo, mas não integra directamente a produção de cuidados. É responsável pelo atendimento telefónico e presencial dos cidadãos. Encarrega-se do agendamento e marcação das consultas, da recepção de pedidos de receituário e posterior entrega ao doente e estabelece o interface entre o doente e o médico.

A medicina e a enfermagem, pela posição central que detém na estrutura organizativa, constituem o núcleo produtivo propriamente dito e é também nelas que centramos maior atenção. Na medicina, o médico de família pode ser considerado o "paradigma" do médico dos cuidados primários (Biscaia *et al*, 2008, 33), dado que é o único que concentra em si a prestação dos cuidados médicos produzidos neste sector. A enfermagem agrega um conjunto de profissionais, com e sem especialidade, a desempenhar funções curativas e preventivas.

2.1. A Medicina Geral e Familiar

O sector da medicina oferecia a consulta de adultos, de saúde materna, de planeamento familiar, de saúde infantil/juvenil e de cessação tabágica, bem como consultas domiciliárias para doentes impossibilitados de se deslocarem ao CS. A organização da

actividade clínica assenta em dois tipos de consultas: a programada – é previamente marcada, pelo doente ou pelo próprio médico. No dia da consulta, o doente dirige-se ao secretariado, paga a taxa moderadora, se não estiver isento, e aguarda na sala de espera que o seu nome seja pronunciado pelo intercomunicador pelo médico que o vai consultar; a consulta de recurso, destinada às situações não previstas, atendidas num período específico e pré-determinado com uma hora de duração e asseguradas em regime de rotatividade entre os médicos da equipa, num total de até 5 consultas por dia. Neste caso o doente dirige-se ao secretariado para efectuar a marcação e o atendimento obedece ao critério da ordem de chegada. No ano de 2007 representou 10,1% do total de consultas⁴³. A possibilidade de obter esta consulta decide-se na hora de chegada, facto que leva muitos doentes a dirigirem-se muito cedo às instalações do CS, como reconhece o *segurança* responsável pela abertura da instituição:

"por volta das 7:30h já estão sempre 10/15 doentes à espera, para falar com os doutores, para o atendimento. Como só atendem cinco por dia, eles vêm cedo que é para marcar a vez. Às vezes, quando está a chover, deixo-os entrar, mas quando não está, só abro a porta às 8 horas" (dc-cs).

É, portanto, na meteorologia de cada dia que se define o entrar ou o ficar na rua dos doentes. Como faz notar Cortez (2010, 190), as filas de espera de madrugada para a consulta de recurso, sem critérios de prioridade no atendimento, são um flagelo que tem vindo a crescer em muitos centros de saúde. Como só é atendido quem chegar mais cedo, o que pode não ter relação directa com a gravidade da doença, é necessário chegar cada vez mais cedo para se obter consulta, resultando, assim, nas conhecidas *madrugadas à porta do CS*.

Nos estudos de Cabral *et al* (2002) e Cabral e Silva (2009) as dificuldades na marcação das consultas representam um dos indicadores que obteve pior avaliação dos utentes, sendo que a marcação de consulta para o próprio dia apresenta maior dificuldade em ser obtida em 2008 do que em 2001. Nos sete anos que medeiam entre os dois estudos, as possibilidades de marcação para o próprio dia decresceram: em 2001 quase metade dos

⁴³ Os dados aqui apresentados foram retirados do Relatório de Actividades relativo ao ano de 2007 (que nos foi fornecido pelo próprio CS) ano anterior àquele em que decorreu a pesquisa de terreno, mas considerado como o último relatório, pelo facto de, em 2008, o CS se ter transformado em USF.

inquiridos conseguia a consulta no próprio dia e em 2008 apenas 29,9% dos inquiridos a obtinham, "agravando-se assim muito consideravelmente o tempo de espera" (Cabral e Silva, 2009, 68)

A consulta programada abrange uma enorme diversidade de situações clínicas e é motivada por múltiplas razões: podem ser consultas marcadas pelo próprio doente ou agendados pelo médico para vigilância clínica. Representam a maior parte dos atendimentos médicos e, igualmente, do trabalho diário do clínico geral. No ano de 2007, das 32.751 consultas realizadas, 83,4% eram consultas programadas.

Para perceber esta que é uma das mais importantes componentes da actividade diária de um CS foram observadas nove consultas de três dos quatro médicos da equipa, três de cada médico, em diferentes dias da semana. Primeiro solicitávamos autorização ao médico para assistir às consultas, informando-o que seria seu o critério para escolher quando e quais as consultas a observar, depois combinávamos o dia e hora. Um médico recusou liminarmente escudando-se no dever ético e deontológico de respeitar a intimidade do doente. Dois deles deram imediata autorização. Um referiu apenas que informaria previamente o doente para o questionar do consentimento para a nossa presença, outro afirmou ser uma situação comum haver internos a assistir às consultas e que o doente não estranharia a presença da investigadora. Um quarto médico hesitou profundamente em autorizar a nossa presença, decidindo que, por razões éticas e de respeito pela privacidade do doente, a permissão só poderia ser dada pelo próprio doente. Concordamos e assim foi, mas apenas para a primeira consulta. Terminada a consulta do primeiro doente, connosco ainda dentro do gabinete, o médico, de imediato, chama o doente seguinte pelo intercomunicador, ao que perguntamos:

"«não quer primeiro questionar o doente sobre a autorização para a minha presença?» «Não, este nem vale a pena. É alcoólico, coitado, não tem bem a noção das coisas. Este é melhor nem dizer nada»" (dc-cs, consulta 5).

A privacidade do doente transforma-se, assim, num conceito mais instrumental (de enunciação do poder – permitir ou não permitir) do que em norma ética ou dever deontológico. Sob a máscara (no sentido de Goffman) do cumprimento de princípios sagrados, este médico *faz-de-conta* que transfere para o doente a decisão da permissão,

para, logo de seguida, impor o padrão regular do uso do poder e ser ele próprio a permitir a presença da socióloga.

2.1.1 A consulta de Medicina Geral e Familiar

A importância vital da consulta em clínica geral, quer para o médico quer para o doente, é reconhecida e sublinhada por vários autores, eles próprios médicos de medicina geral e familiar (Simões, 2009; Nunes, 2009; Ramos, 2009, Silva, 2008; Brandão, 2007). Evidência desta atenção são os diversos artigos publicados sobre o tema na revista Portuguesa de Clínica Geral versando a importância da relação médico/doente, da comunicação verbal e não-verbal, do espaço comunicacional e da sua gestão proxémica, tendo quase sempre como quadro referencial teórico a reflexão produzida por Balint e os ensinamentos preconizados pelos grupos com o mesmo nome. As potencialidades da relação interpessoal geradas numa consulta e o próprio valor terapêutico do médico começam por ser discutidas com a criação dos Grupos Balint⁴⁴, na década de quarenta, em Inglaterra, e continuam, ainda hoje, a ocupar a agenda da investigação, da atenção e da preocupação dos clínicos.

Existe abundante bibliografia, produzida pela medicina, sobre o formato mais adequado de consulta, os aspectos a abordar com o doente, a organização do espaço, as barreiras

⁴⁴ Os grupos Balint foram criados por Michael Balint, em Inglaterra, com o objectivo específico de combinar investigação sobre a relação interpessoal médico/doente com a formação dos clínicos para melhor poderem gerir essa mesma relação. Ao considerar que a substância "médico" é de longe a mais usada em medicina, e em particular, pelos clínicos gerais, mas sobre a qual não existia farmacologia disponível para informar e formar os clínicos sobre o uso, dose a prescrever, frequência e possíveis inconvenientes "desta espécie de medicação" ou quanto aos "efeitos indesejáveis desta substância" (Balint, 1998, 21), Balint organiza grupos de discussão, constituídos por clínicos e psiquiatras, que se reúnem semanalmente ao longo de dois ou três anos com três tarefas diferentes: a primeira para "estudar as implicações psicológicas em clínica geral; a segunda para formar clínicos gerais para uma melhor gestão da relação com o doente e a terceira para delinear um método para essa formação (Balint, 1998). O método expande-se por outros países e chega a Portugal na década de oitenta com algumas "experiências inauguradoras", na sequência das quais é criado, em 1983, o primeiro grupo Balint no domínio da ARS-Norte (Teixeira, 1998). Desde essa altura, têm existido grupos Balint em diversos locais do país, nomeadamente em CS, havendo mesmo a Associação Portuguesa de Grupos Balint.

comunicacionais, as técnicas de potenciação de comunicação, entre outras estratégias de *bem comunicar*. Por exemplo, Machado, (2003a) apresenta um formato da entrevista médica/doente para que se alcancem quatro grandes objectivos: 1) permitir a expressão das queixas do doente, mediante uma relação empática; 2) procurar entender o doente e as suas circunstâncias; 3) inquirir sobre o que o doente quer saber, e 4) estabelecer um contrato e planificar uma estratégia. O autor, médico, acrescenta ainda que a obtenção de informação se faz com recurso a interrogatório dirigido e a perguntas abertas. Os primeiros momentos são determinantes. É aí que o médico cria ou não a relação empática. O contacto ocular deve ser estabelecido desde os primeiros instantes, de forma discreta, mas demonstrando interesse no que o doente vai dizendo (Machado, 2003a).

A Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral disponibiliza na sua página electrónica o livro "A consulta em sete passos: execução e análise crítica de consultas em medicina geral e familiar" (Ramos, 2008) que propõe uma "estrutura e um conteúdo-guia" para as consultas em medicina geral e familiar. Aí se reconhece enfaticamente a importância da consulta, a sua preponderância estatística no conjunto dos actos médicos e se afirma que tanto pode ser um acto bem sucedido (se for bem conduzida) como uma oportunidade perdida, tanto para o médico como para o doente. Por esta razão, apresenta-se um modelo de consulta em "três fases" e "sete passos", correspondendo a cada passo um determinado acto ou atitude do médico e acrescenta-se um vasto conjunto de orientações para o desenvolvimento de competências comportamentais e comunicacionais do médico (Ramos, 2008).

Cada contacto entre o paciente e o seu médico de família contribui para uma história em evolução e cada consulta individual vai beneficiar da partilha de experiências prévias e o valor da relação que se estabelece é terapêutico por si só. "É tão importante compreender como os doentes encaram e se adaptam à sua doença, como lidar com o processo patológico em si" (EURACT, 2005, 512). Fica assim bem clara a importância e atenção que os médicos de família e as entidades associativas atribuem ao acto de consulta. Contudo, como veremos mais à frente, nem sempre as teorias se convertem em práticas profissionais. Tal importância é igualmente afirmada pelas diversas especialidades clínicas, mas a MGF reclama uma importância acrescida do momento da consulta e da relação de proximidade que estabelece com o indivíduo por ser a especialidade da "pessoa doente" e não da doença, por praticar uma medicina holística, e por, desde a sua génese,

se afastar da biomedicina, considerada o expoente da redução do doente à doença, inscrevendo-se no, vulgarmente, designado paradigma bio-psico-social e assim poder operar uma mudança na alienação do corpo objecto/sujeito, devido ao seu particular conhecimento do doente (Teixeira, 1998).

Esta dicotomia medicina tecnológica/medicina humanizada foi descrita por Carapinheiro e Hespanha (1997) quando analisaram a relação médico doente no centro de saúde e no hospital. Nesse estudo, a relação médico-doente surge polarizada entre a relação distante, despersonalizada, desumanizada e tecnologicamente mediada que ocorre no hospital e a relação de proximidade, personalizada, de confiança, de amizade e humanizada que ocorre no centro de saúde. É por isso que se o acto de consulta é de primordial importância em toda a medicina, na MGF é-o ainda mais. Em torno dela gravitam as potencialidades de diferenciação *desta* medicina e é através dela que se configura a maioria dos elementos identitários das profissionais.

Tal como diz Simões (2009), a consulta ocorre num contexto de relacionamento interpessoal e, tal como outras formas de interacção social, requer que os participantes sustentem um envolvimento mútuo que seja continuamente mantido pela comunicação verbal e não-verbal (Heath, 1984). Goffman (1993) mostrou bem como nos encontros sociais está implicado um laborioso trabalho de encenação e acreditação da imagem que cada um, com a sua personagem e o melhor desempenho, procura transmitir ao outro. Considerando a consulta de MGF como um encontro social, nas que observámos, embora a forma e o conteúdo de cada uma divirja de médico para médico e, ainda, consoante o doente e o motivo de procura, este acto clínico representa um momento ritualizado, dividido em três partes:

- **um:** o doente entra no consultório, breve cumprimento imediatamente seguido da medição do peso e tensão arterial;
- **dois:** o médico questiona o doente sobre o motivo para a consulta, observa os resultados dos exames e transcreve-os para a ficha clínica informática do doente;
- **três:** prescreve a medicação e termina a consulta.

O **primeiro momento** surge claramente ritualizado em "entra-tira-o-casaquinho-pesa-

mede-a-tensão". Por vezes, exclui-se do ritual o acto de pesar, mas mantém-se, quase sempre, a medição da tensão arterial, nalguns casos acompanhada de contagem de batimentos cardíacos. Quase sempre o doente mantém-se em silêncio enquanto o médico se ocupa das tarefas clínicas. A comunicação verbal estabelecida é reduzida.

No **segundo momento** estabelecem-se os primeiros lances verbais, ou com o médico a questionar o doente, ou com este a descrever as razões que ali o trouxeram. Embora a relação médico doente seja mediada e estruturada a partir de uma multiplicidade de factores, é neste momento que verdadeiramente se estabelece a relação *face-to-face*. Nas consultas observadas o tempo e a qualidade comunicacional foram negligenciados em prol da dedicação e atenção do médico aos registos informáticos dos dados do doente e o modelo biomédico enquadró muitas das intervenções clínicas, sobretudo no recurso fácil e comum à prescrição de medicação, mesmo sem um questionamento prévio, sem uma tentativa de biografar a doença e o doente, como se pode ver nos seguintes casos:

— "O doente pede-lhe qualquer coisa para a cabeça, que anda a fazer uma depressão. O médico não questiona o que sente, nem como se sente, não se ocupa da suposta depressão, diz que lhe vai dar «mais uns comprimidos que vão ajudar.» O doente pergunta: «vou ficar melhor, senhor doutor?» O médico responde «quando cá voltar depois diz-me.» No fim ainda vê as radiografias da esposa, diz que tem uma artrosesita e que o melhor é fazer fisioterapia" (dc-cs, consulta 1).

— "[a uma doente que se queixa de umas "manchas" no braço, a médica diz:] «deixa-me cá ver isto. Deve ser qualquer coisa em que tu mexeste. Não é nada de importante. Tomas isto e se até quinta-feira não desaparecerem todas, vens cá»" (dc-cs, consulta 9).

Sobre a manifesta necessidade do doente em falar sobre a evolução da doença, o médico reconhece-a mas, pragmático, afirma "pois têm [necessidade de falar], mas não pode ser, já viu, mesmo assim o tempo que se gasta" (dc-cs, consulta 1).

Noutro caso, o mesmo médico face à insistência de um doente que se queixa das limitações físicas para fazer exercício, o médico, num registo brincalhão, recomenda e comenta: "corra mentalmente"; "olhe que vai longe"; "a gente corre como pode" (dc-cs, consulta 2).

O médico ocupa-se dos registos no computador, mantendo o olhar no ecrã do aparelho. Os doentes, negligenciados na atenção, *utilizam* a investigadora para contarem angústias e

inquietações, como se pode ver nos seguintes excertos retirados dos registos de observação de consultas:

— "Concentrado nos registos que efectuava no computador, o médico não lhe dá a tenção que o doente necessita, e este, que vê à sua frente uma pessoa de bata branca, vai contando que anda a "passar-se", que isto de não treinar anda-o a deixar maluco" (dc-cs, consulta 2).

— "A senhora, que também quer conversar, mas vê que o médico se concentra no computador dirige-se para mim. Conta que ontem foi a um funeral e, com a chuva, piorou dos pulmões, também lá no quintal, há uns dias tinha feito uma fogueirinha... agora está numa "xiadeira". Indiferente, o médico entrega-lhe as receitas e diz que vai marcar consulta para Janeiro. Ela depois será informada" (dc-cs, consulta 3).

— "Tem 75 anos, traz os resultados das análises e queixa-se que está sempre a chorar dos olhos e que não sabe o que tem na cabeça. Mas estas queixas são feitas com a doente virada para mim, que estou a seu lado, porque a médica nada lhe pergunta e está a introduzir os resultados das análises no computador. Parece que a doente me está a utilizar como intermediária" (dc-cs, consulta 4).

Heath (1984), num estudo sobre o comportamento verbal e não verbal de médico e doente em consultas de clínica geral, procurou perceber de que forma médico e paciente mantém o envolvimento e a co-participação durante um momento que se reveste de extrema importância, em particular nas consultas de clínica geral, em que muitas das decisões terapêuticas são tomadas com base naquilo que o doente diz. Heath colocou em evidência que o doente regula a comunicação verbal pelo comportamento não-verbal do médico, em particular da orientação do olhar, mantendo-se em silêncio enquanto não é objecto do olhar do médico. Embora dispondo de poucos recursos para (re)centrar o interlocutor, o doente sistematicamente encoraja o médico para participar na interacção, usando o silêncio ou o movimento do corpo. Também no caso das consultas observadas, os doentes procuravam atrair a atenção e refocar o olhar do médico, mas este resistia, concentrado no computador e nos registos clínicos.

Ribas (2010, 178) para responder à questão "como queremos que seja o médico de família do futuro?" recorre ao questionamento dos próprios colegas, médicos de família, e, entre muitas outras características, refere que:

"Quero que me olhe nos olhos. Confesso que me aborreço um bocado quando quero explicar-lhe

um ponto de vista e ele está a teclar no computador e a olhar para o ecrã, como que absorto".

Pelo que observamos, o desejo do médico é coincidente com o do doente, permanecendo, no entanto, mais como desejo do que como prática comum nas consultas de MGF.

E se uma boa comunicação promove a satisfação do doente e do médico e facilita a identificação de problemas, a opinião que os doentes têm da comunicação nem sempre é favorável e os problemas físicos, familiares e emocionais são muitas vezes evitados (Machado, 2003a). No entanto, nos estudos de Cabral *et al* (2002) e Cabral e Silva (2009) os resultados evidenciam uma opinião claramente positiva dos inquiridos sobre o médico de família. Em 2002, é tão expressiva a avaliação positiva do desempenho do médico, quanto a minoria, de apenas de 11%, que tem opinião negativa (Cabral *et al*, 2002, 219). Esta tendência repete-se em 2009, com os doentes inquiridos, reportando-se à última consulta, a considerar que o médico lhes deu todo o tempo de que necessitavam, que as explicações sobre os exames e tratamentos receitados foram claras, que o médico respondeu a todas as questões que os preocupavam e que tinha conhecimento do que se passara na consulta anterior (Cabral e Silva, 2009, 74).

No caso de uma consulta em que a doente se faz acompanhar pela neta, a médica, numa exibição de maternalismo adorativo por crianças, praticamente só entabulará conversa com a criança. Na característica linguagem infantilizante que é comum usar-se com crianças, elege-a a ela, criança, como receptora, utilizando sempre como sujeito emissor o "senhora doutora", como se pode ver:

"Queres vir para aqui, para o computador da senhora doutora?; queres ver o que é que a senhora doutora está a fazer? dás muito trabalho à avó? a senhora doutora já se distraiu por tua causa e enganou-se; sabes que a senhora doutora tem uma filha que quando era criança também tinha assim uns caracóis?" (dc-cs, consulta 6)

O "senhora doutora" traduz-se assim em capital simbólico, facilmente perceptível pelo outro e ao qual é concedido determinado valor social (Bourdieu, 2002). Isto porque, como também explica Bourdieu (1998), os usos que fazemos da língua devem o seu valor social ao facto de tenderem a organizar-se em sistemas de diferença, reproduzindo na ordem simbólica o sistema das diferenças sociais. Será por isto, e porque falar "é apropriar-se de um dos estilos expressivos já constituídos no uso e pelo uso" e objectivamente marcados

pela sua posição numa hierarquia de estilos que, na sua ordem, traduz a hierarquia dos grupos sociais (Bourdieu, 1998, 37), que o "senhora doutora" funciona como um *estilo*, um elemento de diferença, classificado e classificante, hierarquizado e hierarquizante, que marca quem dele se apropria.

Ao utilizar a criança como interlocutora, a médica remete a doente para um estatuto marginal (uma quase ausência de estatuto) na estrutura das trocas verbais. E mesmo quando se refere aos resultados das análises, não se dirige à doente, mas à criança, como se pode ver:

“«vês a tua avó faz asneiras pela boquinha e depois dá isto.» A doente reage, dizendo que já faz dieta, que já emagreceu 10 kilos, que já não sabe mais o que há-de fazer. A médica parece não valorizar os esforços da doente e diz apenas «se não baixar, temos que partir para um medicamentozinho»” (dc-cs, consulta 6).

A relação médico/doente é marcada pelo posse desigual de poder e pelos estatutos assimétricos da interacção. Repare-se na forma de tratamento (verbal, com a qualificação do doente como "aldrabão" ou a desconfiança sobre a veracidade das respostas do doente, e não-verbal, com a atitude de descrença em relação ao doente alcoólico), de uma médica para com dois doentes:

— "«Já p'raí há 10 anos que não faço análises.» A médica riposta: «Aldrabão!» Vira-se para mim e frisa que o trata assim porque já o conhece há muito tempo e ele sabe que é por amizade. O doente, como que a defendê-la, diz-me que é verdade, que não tem nada que dizer da senhora doutora, que sempre foi muito preocupada com ele. A médica vira-se para mim e diz «Está a ver? Está a ver? Agora diga lá no seu estudo que o doente foi escolhido para dizer bem do médico. Não foi. Foi ao acaso. Ele é que autorizou»" (dc-cs, consulta 4).

— "Durante a consulta a médica mostra sempre incredulidade em relação ao que o doente diz. Pergunta-lhe «não tem bebido, mesmo? Olhe que eu vou pôr aqui, mas se me estiver a mentir eu vou saber.» Repete o que deve comer, as vezes em que deve fazê-lo, pergunta quantos cigarros fuma por dia. O doente responde: «quarenta.» A médica, condescendente, mas sobranceiramente, diz: «Pronto, tá bem, não pode fazer tudo a mesmo tempo [deixar de ingerir bebidas alcoólicas e deixar de fumar]» (dc-cs, consulta 5).

Ilustrativo das *várias* assimetrias que regulam a interacção médico/doente, é a imposição

de comportamentos ditos "saudáveis". "Beber água e fazer várias refeições por dia" é repetido em quase todas as consultas, tornando-se numa espécie de receita universal, que a todos serve e a todos tratará, independentemente da individualização de cada sujeito no seu contexto existencial, preconizada pelo EURACT (2005) como uma aptidão para a modelação holística da abordagem ao doente. A esta imposição o doente anui com um "sim, senhora doutora" ou exalta o seu *bom comportamento* ao ultrapassar a ingestão de água recomendada, como é o seguinte caso:

“«O senhor já sabe o que tem que fazer: comer seis vezes por dia, beber dois litros de água e não beber [bebidas alcoólicas].» O doente diz que faz isso tudo, até bebe mais de dois litros de água por dia" (dc-cs, consulta 4).

Carapinheiro (2005) reconhece que as formas de poder médico são alicerçadas nas ideologias hospitalares, aí se produzindo e reproduzindo como poder dominante e saber central, excluindo outros saberes (como os saberes de enfermagem e os saberes leigos dos doentes). Ora, o CS não representa nem um lugar de produção nem de reprodução do poder comparável ao hospital. Daí que muitas das estratégias do poder se desenvolvam com o doente, aqui verdadeiramente "destituídos de expressão, desapossados de acção, expurgados de sentido social e objectivados em corpos inertes e passivos" (Carapinheiro, 2005, 397). Acrescentamos que para além da ausência de atributos de expressão e acção, acorrem à consulta de MGF doentes objectivamente destituídos de condições sociais, inscrevendo-se alguns em contextos de efectiva pobreza – situações de grande vulnerabilidade que configuram quadros de emergência social, tal é a latitude a amplitude da doença e da fragilidade social em que se encontram. Da precariedade das condições sócio-económicas à exposição à violência, dita doméstica ou familiar, tudo contribui para que seja ainda mais aumentada a condição de inferioridade do doente em relação ao médico. A consulta 4 retrata um desses casos, como se pode ver no registo que agora se transcreve:

"Entram no gabinete uma senhora, um senhor e uma rapariga, de idade indefinida (20, 25, 30, 35 anos?), deficiente mental. A médica manda-a sentar-se a seu lado, afasta-lhe o cabelo da cara e depara-se com uma grande equimose ocular. Pergunta «que é isto, Cláudia? Que é que tiveste no olho?». A Cláudia responde: «foi a mãe que me bateu.» A médica pergunta: «Bateu-te porquê? Fizeste alguma coisa que não devias?» A mãe da Cláudia diz: «chamou-me nomes, e a gente não

gosta!» A médica diz: «Mas já sabe que ela não faz por mal, coitadinha!» E pergunta: «Tem ido ao hospital, às consultas?» A mãe da Cláudia começa a chorar e a soluçar e diz: «eu vou presa e a Cláudia é que vai sofrer. Não é por causa de mim, mas é por causa da Cláudia!» A médica interroga-a: «Mas vai presa porquê? Diga-me lá o que é que se passa!» A senhora responde: «...porque a minha cunhada fez queixa de mim, e eu tomei uns comprimidos para me matar e fui para o hospital e tive que fazer queixa.» A médica diz: «Tenha calma. Não está a ver bem as coisas. Acha que algum juiz vai prender a Cláudia. Então não se vê logo que ela não sabe o que diz. Ela diz esses nomes, mas não é por mal. Qualquer juiz percebe isso. O que é que tem aí na boca? [a boca e os olhos apresentam várias equimoses]» A senhora responde: «Foi o meu marido que me bateu!» (dc-cs, consulta 4).

Este quadro de vulnerabilidade social e familiar e evidente exposição à violência familiar é depois caracterizado pela médica como:

“vivem num campo, com várias casas da família, todas viradas para um pátio, e a cunhada chateia-se com ela, o marido é alcoólico e bate-lhe, não é por mal, é porque é doente alcoólico, tem esta filha doente mental, o pai já vê muito mal... É uma situação muito complicada” (dc-cs, consulta 4).

Se recolocarmos aqui as principais linhas conceptualizadoras da MGF, percebemos a distância que medeia entre as orientações teóricas que preconizam uma medicina holística, centrada na pessoa, atenta ao contexto cultural, familiar e económico do doente, e as práticas profissionais. A MGF é generalista (Boerma, 2006), intervindo em todo o tipo de problemas. Mas não será a violência familiar um problema que deva, senão directamente tratado, pelo menos encaminhado pela médica para outros organismos? A MGF é orientada para o doente devendo a sua individualidade e as suas condições serem consideradas (Boerma, 2006). Neste caso, não foram. Como também não foi exercida qualquer acção de prevenção da doença (que é como quem diz, de possíveis novas situações de violência), nem de promoção para a saúde, objectivos primeiros do CS e dos CSP.

A infantilização da linguagem é frequente: "A médica diz que ele tem que trabalhar menos um «bocadinho», porque o coração «está fraquinho» (dc-cs, consulta 10). O doente, com todo o pragmatismo, diz: "«Agora trabalho pouco, senhora doutora, não há luz, anoitece cedo!» As unhas e as mãos denunciam trabalhos agrícolas" (dc-cs, consulta 10).

O uso de léxico infantil e infantilizante pelos médicos é comum. Uma médica utiliza-o num registo corrente e permanente, não só dos vocábulos usados na forma diminutiva como na postura corporal, ligeiramente arqueada, no sorriso, treinado e sempre pronto, mesmo no despropósito do contexto, como se pode ver nesta consulta:

«“não podemos ter esta tensão. Tem que diminuir um bocadinho ao sal. É que já está com um e meio [um comprimido e meio], quer que lhe aumente a dose? Acho que não. Tem que ter cuidado com a boquinha! O seu colesterol também está alto.» A doente queixa-se que o marido gosta de comida salgada e ela não pode cortar no sal, senão ele reclama. A médica aconselha: «faça assim, na sopinha põe menos sal, e depois o seu marido põe sal refinado; quando fizer coisas refogadas, põe pouco sal, e o seu marido põe sal refinado, e aos pouquinhos nem vai notar. Tem que reduzir um bocadinho, senão eu mando-a fazer ginástica, mas também não me parece que queira»" (dc-cs, consulta 7).

Apesar da ideologia paternalista ser tão frequentemente criticada e do seu abandono ser já considerado "uma das transformações mais notáveis das últimas décadas" (Brandão, 2007, 734), mantém-se vivos os princípios da superioridade do médico e da submissão do doente às suas ordens. Recorrendo novamente a Goffman (1993, 295), "uma cena correctamente encenada e desempenhada leva a audiência a imputar um eu a uma personagem desempenhada, mas essa imputação – esse eu – é um produto da cena apresentada e não a sua causa". Os meios utilizados para o desempenho da cena não residem no "interior do cabide", são meios que muitas vezes se encontram guardados no interior das organizações sociais.

A informação contida nos exames complementares de diagnóstico e terapêutica são objecto de grande atenção por parte do médico, que a transcreve para o processo clínico, mas sendo do doente e a ele interessando, raramente estes são informados sobre os resultados dos exames efectuados, como se pode ver neste caso:

"A doente não questiona sobre os valores da tensão arterial e a médica também não a informa, apesar de repetir várias vezes que estão altos, nunca dirá quais são os seus valores" (dc-cs, consulta 7).

A consulta termina com o que designamos por **terceiro momento**. O médico actualiza ou prescreve novo receituário e explica como deve tomar a medicação. O momento apresenta

igualmente algum grau de ritualização: o médico pergunta de que medicamentos precisa e o doente exhibe (retirados do bolso, da carteira ou até mesmo de sacas de plástico) *bocadinhos* de caixas velhas e amarelecidas pelo tempo, ou nomes escritos em pequenos papéis, entrega-os ao médico, quase sempre sem pronunciar palavra, para que introduza o nome do medicamento na receita. Numa anuência silenciosa, o médico escreve o nome do medicamento sem questionar o doente. Alguns são para os próprios, dizem, outros para familiares.

O tempo de duração das consultas é variável, das que observamos, três demoraram cerca de 20 minutos, uma demorou cinco minutos e as restantes cerca de 10 minutos. Parte do tempo é utilizado a introduzir informação (resultados de exames de diagnóstico e terapêutica) e a preencher receituário no computador, tarefa que reduz substancialmente o tempo de atenção ao doente.

Sousa (2006, 549) interroga-se "quanto tempo será afinal necessário destinar a cada consulta de forma a otimizar o tempo médico, ao mesmo tempo que se garante a satisfação do paciente e se obtém uma consulta com bons padrões de qualidade?" Depois de referir que o tempo das consultas é variável consoante os países, e o modelo de produção de cuidados de saúde primários, o autor sublinha que a "preocupação dos pacientes com o tempo parece ser mais com a qualidade do tempo do que com o tempo real", para concluir que "não sendo clara a relação entre qualidade e duração da consulta (...) a evidência empírica parece sugerir que necessitamos de passar mais tempo com os nossos pacientes" (Sousa, 2006, 550).

2.2 A Enfermagem

Os cuidados de enfermagem encontram-se divididos entre: 1) "intervenções de enfermagem", onde se incluem as chamadas "consultas de enfermagem" de planeamento familiar, saúde da mulher, saúde infantil e juvenil, saúde de adultos, saúde de idosos, de hipertensos e diabéticos; e 2) "intervenções técnicas de enfermagem", actos iminentemente curativos como pensos, testes, nublizações, algaliações, oxigenação, vacinas, injectáveis e visitação domiciliária.

O doente acede ao serviço de enfermagem de três formas: ou por marcação prévia (nos casos de continuidade de tratamentos); ou deslocando-se ao CS e inscrevendo-se para ser atendido através do preenchimento de um modelo de marcação que deposita na porta de acesso ao corredor onde se dispõem os gabinetes e aguarda pela chamada; ou enviado pelo médico, antes ou depois da consulta de MGF, para observação dos parâmetros clínicos, como a medição da tensão arterial e do peso para posterior envio em registo escrito ao médico.

As "intervenção técnicas de enfermagem", suplantam largamente as "intervenção de enfermagem". No Relatório de Actividades (Relatório de Actividades, 2007) relativo ao ano de 2007, de um total de 6095 actos de enfermagem, 5347 foram cuidados curativos e 748 intervenções de promoção da saúde. Esta preponderância da vertente curativa no trabalho dos enfermeiros foi observada ao longo da nossa presença nas salas de enfermagem, como se pode ver nos registos efectuados em diário de campo:

— "Durante o período de observação – das 14:30 às 17:15h – *só fez pensos*. Os doentes entram no gabinete, alguns, dependendo da localização da ferida, começam logo a despir-se" (dc-cs).

— "Pelo que tenho observado, as actividades de enfermagem consistem essencialmente em curativos, pensos, injectáveis, e domicílios. É isso mesmo que me dizem, queixando-se que pouco mais fazem, embora entendam que a enfermagem nos cuidados primários não é só isto. Uma enfermeira refere que antigamente havia a consulta de enfermagem onde faziam os ensinamentos ao doente, como por exemplo, na consulta de planeamento de enfermagem, mas agora, como estão numa fase de mudança, não se fazem consultas de enfermagem" (dc-cs).

— "Hoje só houve pensos, um injectável e um jovem deficiente, que se dirigiu à enfermagem com um problema no ouvido" (dc-cs).

Os enfermeiros reconhecem o cariz iminentemente técnico das actividades que desenvolvem, e a consequente falta de satisfação profissional:

“claro que isto que vê aqui não satisfaz ninguém. A enfermagem não é só isto, pode-se fazer muito mais. Mas aqui não se faz mais nada. Sabe onde é que eu me realizo um bocadinho mais? Quando vou fazer domicílios, porque aí posso conversar com a família, ver as condições em que vivem, ajudar nalguma coisa, fazer ensinamentos. Aí é onde sou mais enfermeiro” (dc-cs).

Segundo o princípio taylorista da separação do trabalho entre concepção e execução, a enfermagem tem sido interpretada como uma profissão cujo trabalho se inscreve na categoria de execução, por oposição ao trabalho de concepção do médico (Lopes, 2001), embora, como também assinala a autora, outras abordagens sublinhem a insuficiência desta dicotomia analítica perante a complexidade do trabalho do enfermeiro.

O processo de profissionalização encetado pela enfermagem, da dependência do médico para o desenvolvimento de teorias e procedimentos centrados no doente, tornaram o trabalho menos rotinizado e mais variável consoante as necessidades dos doentes (Gabe *et al*, 1994). Neste caso, prevalecem as actividades de execução e o tipo de actos produzidos é maioritariamente técnico. As práticas estão rotinizadas em actos fragmentados ("o penso", "o injectável", "a vacina") e reduzidos à mera intervenção curativa, como se pode ver no seguinte registo:

"Não há uma conversa prévia [com o doente], apenas se coloca um visto na lista de marcações e se introduz no computador a informação relativa ao que foi feito. Enquanto muda o penso, o enfermeiro vai conversando, «és do Benfica ou do Sporting?», «foi ao hospital? Mas porquê?», «Isto está muito bem» (dc-cs).

A desarticulação das intervenções de enfermagem da actividade clínica é efectiva, como a própria enfermagem reconhece:

"A enfermeira queixou-se de que não há articulação entre os enfermeiros e os médicos e que, quando surgem situações como esta [uma senhora que precisou de consulta médica não programada], ou outras, têm que pedir por favor ao médico. Como por exemplo, quando acham que uma criança deve ser vista pelo médico, acontece telefonarem ao médico e ele dizer «não é comigo, a doente que aguarde até novo período de atendimento». «Não pode ser», diz a enfermeira" (dc-cs).

Desta separação enfermagem/medicina decorre algum controlo sobre o trabalho (visível, por exemplo na organização da agenda de trabalho, na marcação *in loco* de alguns atendimentos), mas que não traduz a existência de autonomia, como dizem os próprios enfermeiros:

— "A enfermeira diz que se considerar que um doente precisa de ser consultado pelo médico, não pode fazer a marcação. É o doente que se dirige aos serviços administrativos e marca consulta"

(dc-cs).

— "Não há autonomia, o enfermeiro é aquele que serve o médico" (dc-cs).

A visitação domiciliária de enfermagem, que é feita duas vezes por semana, consiste também essencialmente na prestação de cuidados curativos. Por volta das 11 horas, o motorista do CS transporta o enfermeiro a casa dos doentes mediante uma agenda fornecida previamente. Do acompanhamento que fizemos a essas visitas pode afirmar-se que os cuidados domiciliários são prestados, na maioria das vezes, a situações de extrema vulnerabilidade social. Muitas das casas visitadas tinham reduzidas ou inexistentes condições de habitabilidade e foram sendo transformadas ou acrescentadas consoante as necessidades e as possibilidades económicas dos proprietários. A configuração da habitação fornece elementos, simultaneamente, de arquitectura social e sociológica, como se pode extrair dos registos efectuados:

— "O motorista leva-nos a uma casa térrea, numa rua de terra batida. A casa, aparentemente de construção clandestina, tem vários acrescentos, varandas envidraçadas que se tornaram divisões. Numa dessas divisões está um senhor numa "cama de hospital", velha e enferrujada. [Como terá sido obtida? Oferecida por instituições de solidariedade social?] Mas a sua utilidade é evidente. As rodas permitem a deslocação e as alas laterais impedem quedas do doente, completamente imobilizado. Quando entramos, um cheiro intenso invade-nos. É o cheiro a fezes. A mulher presta cuidados de higiene ao doente. Usa uma bacia e um pano. Limpando o doente com o pano e limpando o pano na bacia. Naquela varanda, ou sala, ou quarto (poderá desempenhar todas estas funções), toda envidraçada o calor atravessa os vidros que servem de parede e cria uma temperatura quase insuportável, apesar da época de Inverno" (dc-cs).

— "Mais uma casa térrea de construção *espontânea*. No corredor de entrada, um cão, preso por uma coleira (que não terá mais de um metro), ladra insistentemente. Num pequeno quarto estão duas camas. Uma desfeita e vazia; na outra, uma senhora de avançada idade. A filha é quem lhe presta os cuidados, a ela e à sogra, que ocupa a outra cama, que agora está vazia, porque a sogra foi ontem para o hospital, conta-nos a senhora. A doente está imobilizada na cama. Tem uma úlcera numa das nádegas e os pés com feridas, cuja cicatrização é dificultada pela imobilidade da doente. A enfermeira descreve-me este caso como velhice, obesidade e diabetes. A senhora é tratada pela filha como um objecto: segura-lhe o corpo para que se mantenha imóvel, força-a a permanecer na posição mais adequada para o tratamento. A doente queixa-se em murmúrios sufocados. O quadro é indescritível: a doente não fala nem se mexe. Deitada numa cama, atafalhada de cobertores e bocados de outros que foram rasgadas a meio. Há cobertores debaixo da almofada, cobertores por

baixo da senhora, cobertores por cima da senhora, num quarto muito pequeno, terrivelmente abafado. É Inverno mas está muito calor. Um insecto poisa insistentemente na doente. A filha socorre-se de um apanha-moscas (onde se encontra uma mosca morta a denunciar o seu uso recente) e enxota a teimosa mosca" (dc-cs).

— "A casa é igualmente térrea, virada para um quintal. A falta de higiene é evidente, a desarrumação também. A televisão está ligada e com o som altíssimo. A pobreza é patente por todo o lado. Trata-se de mais uma úlcera. A enfermeira efectua os cuidados e vamos embora" (dc-cs).

Noutra visita, as formas arquitectónicas da casa denunciam os traços da emigração, o que realmente se vem a confirmar: o casal, emigrante em França, divide o ano entre França e Portugal ("seis meses lá, seis meses cá"). A grandeza da casa espelha condições económicas em nada comparáveis com as que tinham sido visitadas anteriormente. E se semelhanças poderão ser estabelecidas terão que ser recuadas no tempo, para os quadros sociais da emigração pobre, carenciada e analfabeta que caracterizou Portugal nas décadas de sessenta e setenta. Mas agora, a visita é feita a uma grande vivenda, grande demais para duas pessoas, onde a degradação só é visível nas condições humanas do doente. Tetraplégico, em consequência de uma queda, está completamente imobilizado na cama. Os cuidados prestados são a remoção manual das fezes. A enfermeira coloca dois pares de luvas e inicia o cuidado – demorado, degradante, e fortemente odoroso. É verdadeiramente um trabalho sujo.

O "dirty work" pode ser sujo pelo que se faz ou com quem se faz. É sujo no sentido literal do termo, por exemplo envolvendo o contacto com fezes humanas, ou metaforicamente, envolvendo a relação com grupos sociais carenciados (Hugman, 1991). O trabalho realizado pelos enfermeiros nas visitas domiciliárias é "dirty work" nesta dupla acepção.

Por vezes, solicita-se a participação da enfermeira, formulada em pedido de ajuda, para a realização de cuidados de higiene ao doente, ou mesmo para a muda da cama, como aconteceu no seguinte caso:

"A enfermeira muda o penso. Enquanto o faz, mãe e filha pedem-lhe para as ajudar a mudar a fralda. A enfermeira não responde, mas diz que é preciso mudar o lençol. A mulher queixa-se que ainda ontem mudou a cama. A enfermeira insiste: «tem que ser, porque isto está molhado e depois isto vai passar para a ferida e nunca mais cura.» Pedem-lhe para as ajudar. A enfermeira diz: «isso vão ter que ser as senhoras a fazer. Eu não posso.» A mulher diz-lhe «mas ajuda-nos a mudar a

fralda?» «Isso ajudo», responde a enfermeira. À medida que coloca a fralda, vai dizendo que já lhes ensinou, que não custa nada, que já sabem como se faz. Deixamo-las a mudar o lençol e vamos embora. A enfermeira desculpa-se da recusa em ajudar: «Isto para quem vem assim pela primeira vez pode parecer estranho, mas nós não podemos fazer tudo, temos que impor regras, porque são pessoas que estão sempre a tentar... se eu mudasse a cama hoje, passava a mudar sempre, não pode ser!» (dc-cs)

Colocam-se aqui duas perspectivas que nos fazem recuar na história da enfermagem: por um lado as cuidadoras ao pedirem ajuda associam a enfermagem ao desempenho destas funções menores (tal ajuda nunca seria solicitada a um médico, por exemplo), portanto o pedido só pode ser compreendido à luz da concepção da "velha enfermagem"; por outro lado, a enfermeira ao rejeitar mudar os lençóis procura desvincular-se e distanciar-se dessa imagem e dessas funções.

A investigação sociológica, produzida essencialmente em meio hospitalar, tem vindo a focar-se na enfermagem como profissão em mudança, num processo a que Noémia Lopes (2001) intitulou de "recomposição profissional da enfermagem", a que corresponderá simultânea reconfiguração identitária, tendo (ou não) por efeito uma alteração do conteúdo e da natureza das tarefas e conseqüente redefinição da sua posição na divisão social do trabalho. Lopes (2001) conclui por uma efectiva mudança nas dimensões dos saberes profissionais, ideologias e identidades, embora o alcance e amplitude da mudança estejam condicionados a factores contextuais de trabalho como a incorporação da tecnologia e o grau de especialização dos enfermeiros.

Vector importante da discussão é a dicotomia "nova" e "velha" enfermagem: a primeira defensora e activa no processo de reconfiguração, faz uso de novos saberes e recorre a estratégias profissionais que consolidem a ideologia da autonomização, enquanto a "velha" enfermagem, destituída de semelhantes recursos, reproduz nas práticas diárias os *ideais* de um passado de uma categoria subordinada ao médico e ao saber da medicina (Witz, 1994; Lopes, 2001; Pimentel *et al*, 2009).

No caso deste CS, o grupo de enfermeiros pode inserir-se na "nova" enfermagem, sem contudo incorporar os traços que a caracterizam nos estudos desenvolvidos (note-se, porém que esses estudos têm sido desenvolvidos em meio hospitalar, podendo ser o hospital, e não a idade ou os saberes possuídos, a variável explicativa do diferente vector

ideológico do enfermeiro dos CSP). De igual modo, também os factores contextuais identificados por Noémia Lopes (2001) estão ausentes no CS: as funções desempenhadas são maioritariamente de cariz técnico, executante e rotineiro, não exigindo a aplicação de meios tecnológicos sofisticados nem particular grau de especialização do saber.

Espelho dessa vertente técnica da enfermagem executante é o caso da recolha de amostras para a realização do exame de colpocitologia (vulgarmente designado por "Papa Nicolau"). Como refere uma enfermeira:

"Limitava-se só a fazer a colheita de citologia, avaliar e pesar a senhora. Porque a enfermeira fazia a colheita de citologia, fundamentada apenas no P1, pesava a utente e via as tensões. Ou seja, aquilo nem era consulta médica de planeamento familiar, porque isso engloba o exame ginecológico, o exame mamário, e não era feito, e a enfermeira também não fazia a consulta de enfermagem de planeamento familiar..." (E2 – CS Enf)

Os enfermeiros realizam tarefas que consideram trabalho médico (Speed e Luker, 2006), como é o caso das colpocitologias que são um acto médico, "e nem sequer está integrada na CIPE [Classificação Internacional para a Enfermagem], mas são os enfermeiros que fazem as colheitas, sempre sob prescrição do médico" (dc-cs). Além de desempenharem tarefas que consideram constituir o domínio do trabalho médico, assumem o papel de enfermeiro "ajudante" do médico:

"Aqui existe muito a... a ideia de que o enfermeiro ainda tem que tapar os buracos do médico. Que o enfermeiro é pau para toda a colher, o enfermeiro tem que deixar de fazer as coisas dele para fazer coisas que compete, se calhar, aos médicos" (E2 – CS Enf).

A enfermagem do CS surge em clara dependência e subordinação ao médico, realiza o trabalho de execução num *fazer* dissociado do *saber* (este pertencente à medicina). A autonomia profissional e técnica do enfermeiro é reduzida e incomparável à do médico (Feroni e Kober, 1995), como afirma uma enfermeira:

"Não há autonomia, o enfermeiro é aquele que serve o médico." (dc-cs).

A comunicação interpessoal entre médicos e enfermeiros é reduzida e nem sempre amistosa, deixando transparecer relações interprofissionais caldeadas por uma

reciprocidade hostilizante:

"... o doutor nunca pegou no telefone e pediu ajuda à enfermeira, mandou aqui vir a doente para medir as tensões, mas também não teve o cuidado de ter um bocadinho de bom senso e dizer «vá lá e peça». Não! Fez um comentário: «vá lá e peça, porque alguém lhe vai ver, mas depende de quem lá está, porque tem enfermeiras que vêm e tem outras que não»" (E2 – CS Enf).

Esta enfermeira assume uma relação conflituosa com os médicos (tendo estes imposto que a sua exclusão da equipa da USF era condição *sine-qua-non* para que a candidatura prosseguisse). O conflito aberto e directo pode ocorrer quando o enfermeiro usa um discurso competitivo ou os seus conhecimentos técnicos, recorrendo a estratégias de "não-co-participação" (Speed e Luker, 2006, 898). Era o caso desta enfermeira. Investiu na formação (tinha realizado mestrado e especialidade) e questionava "para quê", se não lhe permitiam criar projectos de intervenção na comunidade?⁴⁵ Assumiu uma atitude de confronto, admitindo que

"desde que vim para aqui sempre tive muita... muita conflitualidade com eles [médicos] e também impus a minha opinião a vários sectores e nunca me escusei a isso e nem vou escusar (...) os colegas também se sentem revoltados, espezinhadados, mas calam-se e são capazes de ver as tensões e não dizem nada" (E2 – CS Enf).

Na área da saúde infantil e pediátrica são realizadas as chamadas consultas de enfermagem. Esta área é assegurada por uma enfermeira especialista, às vezes coadjuvada por uma colega, e garante o cumprimento do Plano Nacional de Vacinação e as consultas de enfermagem de saúde infantil e materna, onde se incluem conselhos e informação à mãe, como se pode ver nos registos de uma das consultas observadas:

"A "consulta" consiste em observar o bebé, os reflexos, medir e pesar. Ao mesmo tempo vai

⁴⁵ Sobre a dificuldade dos enfermeiros para aplicarem os saberes que possuem, veja-se um estudo realizado por Marta Lima Basto (2005) sobre a prestação de cuidados por enfermeiros num centro de saúde, que, nas palavras da autora "pretende compreender como é que a enfermeira ajuda o utente em situações de transição, cliente de um centro de saúde, analisando a actuação da enfermeira e as reacções do utente, para identificar os saberes utilizados na prática e o sentido do cuidar em enfermagem" (Basto, 2005, 29). A autora conclui que existem dificuldades que as enfermeiras enfrentam para demonstrarem os saberes que detém e porem em prática as suas competências (Basto, 2005, 38).

dizendo à mãe (que trata sempre por mamã) que já pode abandonar o leite com suplemento porque o bebé está bem e já recuperou peso. Mostra grande preocupação em explicar à mãe como deve proceder, as horas a que deve amamentar, como deve fazê-lo, recomenda que troque o leite com suplemento por um leite anti-regurgitante" (dc-cs).

É na vertente da saúde escolar que são realizadas as (poucas) acções de educação para a saúde que o CS desenvolve. São definidas as acções a desenvolver e agendadas com os conselhos directivos das escolas da zona, incidindo sobretudo sobre educação sexual e alimentação saudável.

Numa altura em que se discutem vectores como a reestruturação dos currícula de formação, as estratégias de ampliação de saberes, as novas ideologias profissionais ou mesmo os efeitos das novas políticas de saúde e a mudança nos paradigmas conceptuais da doença – factores externos e internos à profissão – estar-se-á a produzir uma "nova enfermagem". No entanto, neste CS, destacam-se as dimensões sociológicas que caracterizam a enfermagem como uma categoria subalterna à medicina, com reduzida autonomia, a desempenhar tarefas de execução, rotineiras, técnicas e delegadas pelo médico.

3. Caixa ou Centro de Saúde? Lógicas de resistência à (re)hierarquização simbólica da organização

Se a realidade social fosse dotada de capacidade de executar processos de mudança linear, seria suposto que a extinção dos serviços médico-sociais (SMS), há quase 30 anos, estivesse hoje inteiramente extorquida das representações e percepções de profissionais e cidadãos. Porém, a transformação encerra, quase sempre, movimentos contraditórios que ora promovem a alteração das estruturas simbólicas, ora resistem a essa alteração, reproduzindo as forças sociais do passado no presente. Entramos no plano teórico de Bourdieu sobre a reprodução social e, imediatamente, o conceito de *habitus* se destaca como operativo teórico para a compreensão das associações simbólicas que, ainda hoje, perduram sobre o CS.

Ora vejamos: os serviços médico-sociais, criados com o objectivo de dotar o país de uma

rede de cuidados nacional, virão a constituir-se, na acepção do senso comum, como os "postos da caixa" e os médicos que ali prestavam serviço como "médicos da caixa", uma configuração simbólica (e identitária) originada pela ligação destes serviços às Caixas de Previdência⁴⁶. Os SMS ficaram conhecidos como correspondendo à medicina dos pobres e cuidados de saúde de duvidosa qualidade. Para isto contribuiu a degradação dos espaços físicos onde era praticada, bem como a quantidade de atendimentos efectuados durante um curto período de tempo. Que tipo de cuidados ofereciam os SMS? A administrativa a exercer funções desde o tempo dos SMS acompanhou um pouco da história dos cuidados primários, e retrata como era a prestação deste tipo de cuidados e como foi a mudança para o modelo centro de saúde:

"(...) era assim, os médicos, eram por... os espaços de consulta eram 2 horas, os contratos eram grupos de 2 horas, portanto o médico fazia uma prestação de 2 horas ou de 4 ou de 6, dependia do contratado. E depois tinha... normalmente o número de utentes, alguns definiam o número de utentes, havia um número mínimo a que correspondia essas duas horas, ou estipulavam esse número de utentes mínimos... mas acho que na altura isso nem se punha muito. Era assim: enquanto o médico pudesse ver, ia vendo. O que é que se fazia normalmente nos postos médicos? Era a curativa. Prevenção não havia. Era a curativa e eram as consultas muito rápidas, de uma pessoa entra... (...) porque o utente é que dizia «veja-me a tensão, senhor doutor» senão o médico a maior parte das vezes, acho que nem via (...) passamos daquela situação do posto médico, com os médicos com 2 horas de consulta, que nessas 2 horas tanto podiam ver 12, 15, 20 ou 30, ou 40... A maioria não tinham tempo de olhar para eles... para aquela situação de os médicos criarem uma lista de utentes, terem um período de consulta de 4 horas, sendo os responsáveis pela prestação de cuidados de saúde à sua lista de utentes (...) portanto eram médicos novos, e os médicos mais antigos também fizeram uma reciclagem, aquelas actualizações, e pronto, depois já tinham aquela vertente da saúde materna, da saúde infantil, porque antes havia consultas de, chamava-se ginecologia, havia a saúde infantil, a pediatria. Havia consultas de pediatria, havia normalmente um ginecologista, havia, às vezes, uma médica obstetra, fazia consultas de obstetrícia, ou então havia parteiras. Parteiras que faziam o apoio às grávidas. Com a criação do Serviço Nacional de Saúde, os médicos tiveram que fazer um bocado essa actividade. Pronto, passou logo daquela situação dos médicos terem muitos utentes em pouco tempo para terem poucos utentes para muito tempo. Porque as consultas passaram, no mínimo de 2 para 4 horas, pelo

⁴⁶ Os serviços médico-sociais eram suportados financeiramente pelas contribuições obrigatórias dos trabalhadores, através de descontos no salário, efectuados para a Federação das Caixas de Previdência, dando origem a uma associação (confusão?) entre os serviços prestadores de cuidados (os Serviços Médico-Sociais) e a entidade pagadora (as Caixas de Previdência).

menos no local onde eu trabalhava, o horário dos médicos, apesar de terem 35 horas, para as consultas era 4 horas por dia. E aí eles organizavam a consulta como eles entendiam" (E5 - CS Adm).

Dissociada da medicina hospitalar, de reconhecida importância e valor social, a medicina dos SMS ocupou um lugar marginal, e claramente depreciativo para os que lá trabalhavam, no sistema global de saúde. No período de funcionamento dos CS, chamados de "primeira geração", passam a existir, na mesma lógica de proximidade das populações, estes organismos e os "postos da caixa", gerando-se uma certa indiferenciação entre os segundos e os primeiros. Com a criação dos CS de "segunda geração", co-existindo, quase sempre, nas mesmas instalações com os, agora, ex-postos da caixa, e com os mesmos profissionais, consolida-se a associação centro de saúde/serviços médico-sociais, designados na linguagem corrente por "posto médico" ou "caixa". Mas a herança transmitida ao CS não se restringe às infra-estruturas e aos profissionais, é todo um património simbólico e representacional que marcará, até hoje, a imagem do CS e a identidade profissional de médicos e enfermeiros. Como dizem Carapinheiro e Hespanha (1997, 86):

"no actual sistema ainda permanecem as memórias da organização e funcionamento dos SMS das antigas Caixas de Previdência (...) e as actuais estruturas ainda se ressentem da permanente interferência dessas memórias, fantasmáticas, e, simultaneamente, estigmatizadoras".

Nos últimos anos, sobretudo o grupo de médicos de clínica geral, utilizando como veículo de discussão a Revista de Clínica Geral, debate largamente a fácil e frequente associação social e representacional dos SMS ao CS, identificando neste processo razões para as dificuldades de reconhecimento social da profissão (Branco e Ramos, 2001; Veloso 2000; Pinto, 1996; Biscaia *et al* , 2006). Como diz Pinto (1996, 283 – 284), um quarto de século de “caixificação” desacredita o sistema de cuidados e não deixa incólume os seus profissionais.

O ex-Presidente da MCSP reconhece a subalternidade dos CSP, devido, em seu entender, à afectação de maior quantidade de recursos humanos e financeiros ao hospital, mas considera que a reforma "equilibrou" a situação:

"Também há, de facto, uma subalternidade [dos cuidados de saúde primários]. Portanto, o sistema

português, embora teoricamente seja centrado nos CSP, na prática acaba por ser centrado nos hospitais e basta ver isso em duas coisas muito simples: recursos humanos e financiamento, se vir... basta olhar para os gráficos e percebemos logo onde está centrado o nosso sistema. E portanto, a reforma tinha também a ver com isso, portanto equilibrar mais, e penso que... basta ver que nos últimos cinco anos a formação e abertura de vagas para os médicos de família, para o internato de medicina familiar, aumentou imenso. E, por exemplo, este ano bateu o recorde, ultrapassou os 30%. Embora, há ainda quem pense que com 30% não conseguimos resolver o problema, portanto terá que ser mais. Mas pronto, houve de facto um aumento substancial de novas vagas e penso que em termos de discurso político, portanto o Professor Correia de Campos claramente assumiu a importância. Era muito claro quando dizia quais eram as prioridades do ministério, que era a reforma dos CSP, a reforma dos cuidados continuados e controlar o défice e portanto ter umas contas equilibradas e ser sustentável o SNS" (E1, ex-Presidente MCSP).

Nos discursos institucionais e políticos, os cuidados de saúde primários correspondem à posição de "primeiros", porque são considerados como o primeiro recurso e porque detêm uma posição estratégica no sistema de saúde. Mas a esta posição de primazia não corresponde a semelhante qualificação ao nível da diferenciação dos conhecimentos, das técnicas, das competências profissionais e até mesmo das patologias tratadas. Estas são consideradas menos graves, menos diferenciadas e mais simples do que as que são tratadas no hospital (Carapinheiro e Hespanha 1997, 72).

Em clara contradição com o discurso político-ideológico, que repetidamente afirma e reafirma a importância vital deste tipo de cuidados e a sua absoluta centralidade no sistema global de serviços de saúde, o CS continua a surgir associado a lugares de menoridade científica, como reconhece a APMCG:

"Existe um abismo entre os discursos políticos sobre a importância, a primazia e a prioridade a dar aos cuidados de saúde primários e o que depois acontece no dia-a-dia concreto da política da saúde. Os cuidados de saúde primários raramente passam da agenda virtual dos decisores políticos para a sua agenda real. As preocupações e as prioridades acabam por ser outras. Independentemente das boas intenções e das anunciadas vontades políticas" (APMCG, 2002, 3).

A construção de um cenário hipotético, feita pelo enfermeiro-chefe do CS em estudo, utilizando como protagonista a própria investigadora, ilustra bem as imagens ainda associadas ao hospital e ao centro de saúde:

“... imagina que te eram atribuídos 4 doentes numa sala [do hospital]: 3 AVC’s e uma pneumonia. Uma semana depois eu vou lá e pergunto, «então Dr^a Lurdes?» E tu dizes: «os AVC’s estão assim e assim, 2 vão para um lar e tal..., a pneumonia vai para casa com antibiótico». E eu vejo, sim senhor... Pra semana dou-te 8 doentes. Agora tu dizes: «ah, não sei, é melhor esperar...» E eu digo-te: «Olhe Dr^a Lurdes eu acho que isto aqui é muito complicado, é difícil. Onde estava bem era na Caixa, tem mesmo perfil, tem jeito...» E tu vens. Chegas cá, vens ressabiada, mandas em todos... Estás a perceber? Ao que eu digo: «está-me a dizer que quem ia para os postos da Caixa era o refugo?» Estás a ver?!. Tu é que dizes, não fui eu... Se disseres que eu disse, eu nego!” (dc-cs).

No paralelo centro de saúde/hospital, o primeiro surge ainda como um lugar com falta de regras e baixo grau de exigência profissional, onde os trabalhadores, gozando de grande permissividade por parte das chefias, frequentemente não cumprem horários nem correspondem aos níveis de exigência profissional:

" (...) é mais profissionalizante [no hospital] – tens os turnos, é outro regime de trabalho, tem exigências que aqui não tem, lidam com a morte diariamente. Lá não podes faltar, porque sabes que eu estou à tua espera, tens que me ir substituir. Aqui não, apetece-te faltar, faltas. Tens o marido doente, faltas, tens que ir levar as crianças, vais... Lá não!” (dc-cs).

Carapinheiro (2001, 343), no inventário do recurso dos doentes aos serviços de saúde, identifica doentes que consideram o CS ("que muitas vezes é designado por posto médico") como mais adequado para "coisas menores". Mas, o mais relevante sociologicamente é o facto da investigação da autora, tal como esta, identificarem nos discursos de doentes e profissionais a dicotomia superioridade/inferioridade para caracterizar hospital e o CS. Carapinheiro (2001, 352) diz: na percepção dos profissionais sobre como os doentes estabelecem a relação entre CS e hospitais funcionam algumas dicotomias básicas que separam inexoravelmente estas duas unidades de saúde, desfilando de seguida afirmações como:

"O hospital é o melhor prestador de cuidados de saúde; O CS é o posto das caixas; no hospital é que estão os doutores a sério; o hospital é ir sempre à fonte limpa" (Carapinheiro, 2001, 352 – 353).

Num confronto entre estes discursos e os que recolhemos, separados por uma década, evidenciam-se mais semelhanças do que diferenças, num evidente processo de reprodução

(perpetuação?) das dimensões sociais, mas também societais, que caracterizam a organização CS.

Logo após a criação do CS, Miller Guerra (1972) considerava que as razões para o prestígio do hospital residiam na história desta instituição como símbolo da medicina moderna, centro de ensino, diagnóstico e tratamento especializado. E questionava-se: “em face do status do médico hospitalar, que oferecem os SMS, as Caixas?” (Guerra, 1972, 240), respondendo em seguida que não passavam de um lugar modesto, sem ganhos e sem horizontes, porque não comportam aperfeiçoamento e ascensão, e, por isso, sem prestígio. As caixas oferecem um emprego, os hospitais uma carreira.

Decorridas quase quatro décadas, e depois de várias reformas e reestruturações, o CS mantém o lugar de desprestígio e a distância científica que o caracterizava quando se separou formalmente dos SMS. Como diz o enfermeiro-chefe:

“...isto está a anos-luz uma coisa da outra. O serviço hospitalar é uma coisa e o serviço de CSP é outra coisa. Não tem nada a ver uma coisa com a outra. Os CSP são uma coisinha à parte. São um... São um... Nem sei muito bem. São um passa-receitas à comunidade. Porque isto aqui é... é um comboio que não anda. Está sempre parado na mesma estação. Não anda para a frente, está muito burocrático, muito inseguro, muito... as pessoas têm projectos baseados no faz-que-se-faz, mas depois não se faz nada, percebes?” (E4 – CS Enf).

Quando os centros de saúde foram criados, foram pensados como “dispositivos coordenadores do conjunto de serviços locais de saúde extra-hospitalares. Não se previa que fossem simplesmente estruturas físicas, «casas» ocupadas por médicos, enfermeiros e funcionários administrativos” (Sakellarides, 2006, 63). Mas na realidade, um dos grandes problemas é a deficiente articulação com o hospital, como demonstram os depoimentos destas duas enfermeiras:

— “...e nem sequer a nossa vertente curativa dá seguimento à do hospital. Eles vêm dos hospitais... muitas vezes os doentes vêm do hospital não têm uma carta de alta, não têm uma carta de referências, é muito raro o hospital que mande informação para o enfermeiro do CS para dar continuidade. Quando sai daqui para o hospital, é referenciado pelo médico. O doente é raro ser referenciado por nós, mas quando vai, vai referenciado por nós vai com uma carta, não é carta de alta, mas é uma carta de informação sobre o que se está a passar” (E2 – CS Enf).

— "Os CSP estão à parte dos hospitais. E os hospitais também cultivam uma filosofia à parte. Se não houver um interesse da parte dos CSP em seguir os doentes e observar os doentes e propô-los – com bom diagnóstico – para o hospital, o hospital acaba por deixar de acreditar, porque por ausência de saber, por desinteresse e... depois há muito pouca aposta nos CSP em investigação, isto para não dizer nenhuma, daquela que conheço, como é obvio" (E4 – CS Enf).

A desarticulação inter-institucional, cultivada pelos próprios hospitais, como diz esta enfermeira, realça-se como um elemento reforçador da marginalização do CS, remetendo-o para *fora* do sistema global de cuidados.

O CS que aqui colocamos em análise, como foi vastamente referido, desmaterializou-se enquanto unidade prestadora de cuidados e todos os outros que integravam a rede de CS foram reconfigurados pelo processo de reforma do sector. No entanto, a mudança que se opera não retira importância e utilidade aos "retratos" sociológicos que aqui se fizeram desta organização. Até porque, à semelhança do que ocorreu com os SMS, cuja herança vai atravessando toda a história do CS, também os ACES agora constituídos serão incapazes de apagar as imagens sociais que foram sendo produzidas ao longo de décadas.

Depois do percurso analítico pela organização e pelos discursos dos profissionais, o centro de saúde surge como cientificamente minorizado e desacreditado, tecnicamente pouco diferenciado, ocupando um lugar marginal no sistema de saúde.

O lugar ocupado pelo CS reflecte-se nas identidades profissionais. A imagem socialmente projectada das categorias sócio-profissionais é influenciada pelo contexto organizacional onde o trabalho é realizado, já que é aqui que se definem, através de permanentes processos de negociação, as regras de trabalho, se legitimam linhas informais de autoridade e se desenham as fronteiras dos territórios de trabalho. Há, no entanto, que ter em conta que o CS se inscreve num sistema mais amplo de serviços de saúde, produzindo-se uma forte interdependência entre os níveis micro-organizacional e macro (o SNS). Assim, a posição de subalternidade ocupada pelo CS na estrutura do sistema de saúde, inevitavelmente, exercerá influência sobre os agentes que nele negociam. Isto é, o desprestígio social do CS, a memória da "caixificação" e a desqualificação dos saberes e dos cuidados, enquanto propriedades dos contextos dos cuidados de saúde primários, transferem-se, na exacta medida da sua influência, para os trabalhadores.

Recolocando de novo a primeira hipótese que formulámos aquando do desenho da investigação – ocupará o centro de saúde uma posição social e cientificamente marginal em relação ao hospital? – concluímos pela sua confirmação. Importa, contudo, voltar a sublinhar que este é um estudo de caso e que as dimensões sociológicas identificadas neste centro de saúde não são extrapoláveis para os restantes, mas constituem elementos importantes para a explicação da periferização dos CSP e do CS.

As razões para esta posição periférica têm-se mantido operantes ao longo de décadas. Algumas podem ser encontradas no contexto sócio-histórico em que emerge o centro de saúde, como ficou exposto, e que se vai reproduzindo através das décadas, apesar das mudanças nas políticas, nas estruturas físicas, nos recursos humanos e até na própria sociedade. Mas são insuficientes, só por si, para explicar este paradoxo entre a posição atribuída nas formulações ideológicas e políticas e a posição ocupada na realidade da estrutura dos serviços de saúde. Daí que se imponha novamente a pergunta: porque persiste a associação do centro de saúde aos serviços médico-sociais e às caixas de previdência?

O hospital mantém a supremacia científica, social e simbólica, reconhecida pelos próprios profissionais do centro de saúde. A matriz ideológica dos cuidados de saúde primários como cuidados de proximidade, globalidade, relacionalidade, pessoalidade, entre outros epítetos que inscrevem estes saberes nas correntes mais humanistas e menos tecnicistas, dissocia este nível de cuidados da sofisticação tecnológica que impera no hospital e da investigação científica (também ela cada vez mais tecnológica). Nos CSP o saber inscreve-se no campo do doente e não da doença. Mas, na verdade, a formação do clínico geral ainda é predominantemente biomédica. E as práticas profissionais (de médicos e enfermeiros) mantêm-se profundamente biomédicas. Dos cuidados iminentemente técnicos dos enfermeiros, quer na visitação domiciliária, quer no CS, às consultas que observámos, todo o sistema está voltado para a doença e não para o doente, numa clara contradição entre a matriz ideológica e as práticas quotidianas. Sob uma suposta proximidade relacional, não raras vezes o doente é transformado em objecto para ser curado, auscultado, medido, pesado, manipulado. Nas práticas, suspende-se temporariamente a pessoa para se tratar a doença, nas ideologias profissionais afirma-se a centralidade da pessoa em detrimento da doença.

CAPÍTULO II – A UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR: O QUE MUDA E O QUE PERMANECE?

Introdução

A actual reforma inicia-se com a implementação das unidades de saúde familiar, unidades de cuidados de saúde primários de dimensão variável, geradas a partir da proposta voluntária de equipas de profissionais (médicos, enfermeiros e administrativos), com autonomia funcional e técnica. Não sendo um modelo completamente novo, porque inspiradas no modelo Regime Remuneratório Experimental e já previstas no Decreto-Lei nº 157/99, de 10 de Maio, representam a implementação no terreno da primeira medida reformativa.

O discurso político sublinha que as potencialidades deste modelo, dito, inovador, residem na transferência de poder decisivo para os profissionais. Será a eles, e não à tutela, que cabe a decisão de propor a candidatura, a definição da equipa e a elaboração do plano de acção. Enfatiza-se a lógica de *bottom up*, em que as decisões são tomadas de baixo para cima, reconhecida também pelo OPSS como um dos aspectos essenciais da reforma (OPSS, 2009).

As USF em estudo corporizam, na realidade concreta da prestação de cuidados primários, os efeitos das medidas políticas e, pressupostamente, a subjacente transformação do modelo organizativo dos cuidados e das práticas profissionais. Ora, sendo a mudança provocada pela reforma um dos vectores de análise nuclear desta investigação, procuramos agora perceber o que muda e o que permanece nos contextos de trabalho e na estruturação dos cuidados com a passagem para o modelo USF.

As duas USF integram administrativamente o mesmo centro de saúde, mas encontram-se separadas no tempo por cerca de três anos. Têm origem em contextos de trabalho distintos, e subjazem à sua criação razões e motivações diversas. Na realidade, reflectem os próprios ciclos de evolução do processo de implementação da reforma. A USF B integra o grupo das primeiras 50 USF criadas no país no primeiro ano da reforma. Os

profissionais aderem ao projecto fundamentalmente para conquistarem melhores condições de trabalho. A USF A pode ser considerada um "produto" dos efeitos da reforma e representa mais do que a criação de uma USF, traduz simultaneamente a extinção de um CS, como já foi exposto no capítulo anterior. Este facto torna-a um objecto empírico particularmente denso, já que amplia o foco de interesse sociológico e o campo de análise para dimensões inexistentes na USF B, tornando ainda mais útil, pela proximidade física e temporal, um exercício confrontativo entre a organização CS e a USF.

Colocamos, então, agora em análise as duas USF. Não sendo representativas do universo das USF do país – trata-se de um estudo de caso – espelham a realidade concreta da aplicação das medidas políticas ao sector. Começamos por uma breve abordagem à concepção política da USF, procurando sintetizar as principais linhas orientadoras do discurso institucional e político e das normas legais para, de seguida, perceber a sua efectiva concretização no terreno. Consideramos primeiramente a USF A e seguimos idêntico esquema analítico para a USF B.

Assim, num primeiro momento, procedemos à caracterização das unidades e dos espaços físico-simbólicos, e expomos o modelo de organização do trabalho e de produção de cuidados, procurando, através dos discursos dos profissionais, identificar o que muda e o que permanece. Em seguida, procuramos perceber as razões e motivações que levaram os profissionais a tomar a decisão de formular uma candidatura para a construção do projecto USF. Pela já referida diferença de trajectória e contextos organizacionais de cada USF, apresenta-se uma abordagem separada de cada uma, sem prejuízo de se estabelecerem os necessários cruzamentos analíticos e a confrontação, sem pretensões de análise comparativa, das duas realidades.

1. Unidade de Saúde Familiar: da concepção política

Em Fevereiro de 2006 é aprovado, pelo Despacho Normativo nº 9/2006, de 16 de Fevereiro, o regulamento para lançamento e implementação das unidades de saúde familiar. A criação destas unidades é justificada no Programa do XVII Governo Constitucional pela importância atribuída aos CSP e à necessidade de se proceder a uma

reforma do sector. Correia de Campos (2008, 91) atribui a premência da criação destas unidades a razões, que diz serem, "antes de mais, de inteligência, depois por imposição social, por solidariedade." Traça o retrato dos CSP antes do início da reforma como "dispendioso, ineficiente, e inequitativo", com recursos consideráveis, que embora cobrindo todo o país, eram sub-aproveitados, com um elevado número de inscritos que não frequentavam os centros de saúde, preferindo recorrer directamente às urgências, às consultas externas dos hospitais ou ao médico privado.

A transformação do centro de saúde convencional, que Correia de Campos considera como um modelo "esforçado mas esgotado", em unidades de saúde familiar, de "geometria, estrutura e titularidades variáveis, ajustadas ao espaço e ao tempo, às necessidades e aos meios" era uma prioridade do plano governativo, assumindo este que os CSP representavam a maior aposta do governo (Campos, 2008, 91). De facto, no Programa do XVII Governo Constitucional assume-se que os CSP são um pilar central do sistema de saúde, que os CS constituem a entidade enquadradora das USF e estabelecem-se as linhas directivas para a criação destas unidades. Quatro anos depois, o Programa do XVIII Governo Constitucional salienta os resultados alcançados pelas USF em funcionamento e afirma a determinação em incrementar a reforma dos CSP para que, até 2013, as USF "abranjam todo o território nacional" (Programa do XVIII Governo Constitucional, 2005/2009, 74).

As USF são o desenvolvimento lógico do projecto RRE (MCSP, 2006), e de outras experiências levadas a cabo no final da década de noventa, como os projectos "Alfa" e "Tubo de Ensaio" (Miguel, 2010), que já abordamos no Capítulo I, da Parte I, e traduzem a primeira concretização no terreno de uma reforma de maior amplitude que pretende reestruturar todo o sector dos CSP. Embora não representando a reforma, adquirem uma visibilidade social e mediática e uma atenção por parte das entidades responsáveis (Missão para os Cuidados de Saúde Primários e Ministros da Saúde) que não é comparável à das unidades criadas mais recentemente. Parece, por vezes, que a reforma é a USF e a USF é a reforma. Não o é. Mas é certo que detém o *protagonismo* e o *pioneirismo* das medidas reformadoras e devem ser consideradas a célula organizacional elementar de prestação de cuidados de saúde individuais e familiares (Biscaia *et al*, 2008, 220).

As USF são formadas por equipas, ditas, multiprofissionais, geralmente, compostas por enfermeiros, médicos e administrativos, podendo vir a integrar profissionais de outras áreas. A adesão ao modelo USF inicia-se com a apresentação voluntária de uma candidatura à MCSP, cuja dimensão depende da população inscrita. A equipa compromete-se à prestação de cuidados de saúde de forma "personalizada, garantindo a continuidade e a globalização dos mesmos à população inscrita" (Despacho Normativo nº 9/2006, de 16 de Fevereiro). Para tal, assume um acordo assistencial, anualmente formalizado mediante uma carta de compromisso acordada entre o coordenador da USF e o CS, consubstanciada num "Plano de Acção", onde se define: a carteira básica de serviços (e a carteira adicional, caso exista); o horário de funcionamento; o sistema de marcação, atendimento, renovação da prescrição e mecanismo de intersubstituição. A população inscrita não deverá ser inferior a 4000 nem superior a 18000 utentes, e deverá ser definida em função das características geodemográficas de cada área (Decreto-Lei nº 298/2007, de 22 de Agosto).

As candidaturas são efectuadas electronicamente, através da página na internet da MCSP⁴⁷. Em cada Administração Regional de Saúde existe uma Equipa Técnica Operacional, constituída por cinco elementos, três oriundos da Equipa Regional de Apoio e Acompanhamento, e dois elementos do Departamento de Contratualização da ARS – IP da respectiva área geográfica de cada proposta, que aprecia os elementos da candidatura e elabora, no prazo de 30 dias, o parecer que fundamentará o despacho da sua aceitação ou recusa por parte da respectiva ARS⁴⁸ (Despacho Normativo nº 9/2006, de 16 de Fevereiro).

A carteira básica de serviços (ou compromisso assistencial nuclear) define o que é obrigatoriamente contratualizado em cuidados de medicina geral e familiar,

⁴⁷ A MCSP foi criada pela Resolução do Conselho de Ministros nº 157/2005, de 12 de Outubro, com a incumbência de, entre outras, apoiar a reconfiguração dos CS em USF, coordenar tecnicamente o processo de implementação das mesmas e desempenhar funções de avaliação e apoio às candidaturas para USF.

⁴⁸ O despacho da ARS será proferido nos 15 dias seguintes ao parecer emitido pela Equipa Técnica Operacional e, após a aceitação da candidatura, a ARS deve desencadear os procedimentos adequados para que a USF inicie a actividade no prazo máximo dos 60 dias seguintes (Despacho Normativo nº 9/2006, de 16 de Fevereiro).

describando especificamente o núcleo base de serviços clínicos, secretariado clínico/administrativo, dimensão da lista de utentes e formação contínua, podendo ainda ser contratualizado um conjunto de serviços adicionais que podem incluir cuidados continuados integrados, colaboração com outras unidades funcionais em programas específicos de intervenção na comunidade ou outros cuidados que se revistam de importância para o cumprimento dos objectivos do Plano Nacional de Saúde (Portaria nº 1368/2007, de 18 de Outubro). "As USF distinguem-se, assim, dos Centros de Saúde, essencialmente pela contratualização de um compromisso assistencial, que se vem a traduzir num conjunto de serviços prestados à população abrangida" (Entidade Reguladora da Saúde, 2009, 10).

As USF possuem autonomia funcional e técnica, devendo manterem-se integradas em rede com as restantes unidades funcionais do CS. A estrutura orgânica é constituída pelo coordenador da equipa (médico), o conselho técnico (composto por um médico e um enfermeiro) e o conselho geral (constituído por todos os elementos da equipa). Podem organizar-se em três modelos diferentes: A, B e C, consoante o grau de autonomia organizacional, a diferenciação do modelo retributivo e de incentivos dos profissionais, o modelo de financiamento e respectivo estatuto jurídico.

Ao modelo A corresponde uma fase de aprendizagem e aperfeiçoamento do trabalho em equipa e compreende as USF do sector público administrativo, e aplicasse-lhes as regras e remunerações definidas pela administração pública. As USF em modelo A podem contratualizar uma carteira adicional de serviços, remunerada em regime de trabalho extraordinário, e o cumprimento de metas, que se traduzirá em incentivos institucionais a reverter para a USF. Na realidade, estes incentivos institucionais representam uma forma de diferenciação dentro das USF modelo A, ou, como diz Afonso (2010, 60), uma qualificação do investimento que a administração em saúde faz nas unidades que cumpram os objectivos contratualizados.

O modelo B aplica-se às equipas com "maior amadurecimento organizacional", que apresentem um nível de desempenho mais exigente. Aplica-se-lhes um regime retributivo para todos os profissionais, que integra a remuneração base e um sistema de suplementos e compensações pelo desempenho (Despacho nº 24100/2007, de 22 de Outubro).

O modelo C é considerado um modelo experimental, de carácter supletivo abrangendo as

USF do sector social, cooperativo e privado. Este modelo nunca chegou a ser implementado.⁴⁹.

Inerente aos modelos A e B está um sistema de contratualização e um modelo de gestão/avaliação da produção de cuidados e do trabalho dos profissionais, associado a modelos de diferenciação salarial ou a incentivos institucionais. Para Afonso (2010, 59) a contratualização

" consubstancia-se, numa primeira fase, na negociação de um conjunto de objectivos associados ao desempenho de unidades, resultando daí o compromisso entre ambas as partes – administração em saúde e prestadores de cuidados de saúde."

Na prática, a contratualização representa um conjunto de princípios e lógicas de gestão importados do sector empresarial, a que as abordagens mais recentes (da sociologia e de outras disciplinas) vieram designar por "nova gestão pública", que já abordamos no quadro teórico.

O Regulamento para o Lançamento e Implementação das USF (Despacho Normativo nº 9/2006, de 16 de Fevereiro), que vem regular o funcionamento das primeiras USF, estipulava como instrumento de avaliação e acompanhamento das USF um painel de indicadores de monitorização (recomendando-se já que estes indicadores deveriam, em fase posterior, ser objecto de desenvolvimento pela MCSP), estruturados em torno de cinco áreas: Disponibilidade, Acessibilidade, Produtividade, Qualidade Técnico-científica, Efectividade, Eficiência e Satisfação. Dando seguimento a esta instrução, a MCSP (2006) estabelece em documento próprio os parâmetros gerais do processo de contratualização – metodologia de contratualização, Etapa 1 – que será efectuada, nesta

⁴⁹ Embora recentes, existem já vários dispositivos legais para regular o funcionamento das USF. Dada a necessidade de expormos, com suficiente clareza, o modelo de organização e funcionamento destas unidades, optámos por apresentar uma súmula onde se procura estabelecer o quadro geral de seu funcionamento bem como as regras que se lhe aplicam. Para tal, recorreremos aos diplomas legais em vigor, deles retirando as linhas gerais de orientação política. Para um maior aprofundamento deverá consultar-se os seguintes diplomas, aqui apresentados por ordem cronológica de publicação: Despacho Normativo nº 9/2006, de 16 de Fevereiro; Despacho Normativo nº 10/2007, de 8 de Janeiro; Decreto-Lei nº 298/2007, de 22 de Agosto; Portaria 1368/2007, de 18 de Outubro; Despacho 24101/2007, de 22 de Outubro; e Portaria nº 301/2008, de 18 de Abril.

primeira fase, dado que a reorganização provocada pelos ACES ainda não ocorrera, entre as Agências de Contratualização de cada ARS e as USF. É a designada contratualização externa. Cada uma das referidas áreas inclui um conjunto de indicadores a que corresponde um sistema de unidades ponderadas, variável consoante o indicador. Assim, à USF em modelo B aplica-se um sistema diferenciado de remuneração e de incentivos financeiros estabelecido com base no aumento da "lista" de cada médico para 1900 utentes; actividades específicas; número de domicílios efectuados; alargamento do período de funcionamento e a carteira adicional de serviços.

Posteriormente (em Dezembro de 2006) a MCSP dá início à designada 2ª fase de Contratualização, prevendo-se a aplicação da contratualização Etapa 1 ou Etapa 2, consoante a data de entrada em funcionamento de cada USF. Para a "Etapa 2" da contratualização é recomendando a presença de um elemento da Equipa Regional de Apoio, para desempenhar a função de observador de todo o processo.

Com a implementação dos ACES, a MCSP (ACSS e MCSP, 2009) prevê que, embora a estabilização do processo de contratualização só venha a ocorrer em 2010, deverá manter-se a sua efectivação com os Departamentos de Contratualização das ARS, mas considerando o envolvimento directo do director do ACES, devendo este participar nas reuniões e assumir a responsabilidade pelo cumprimento dos indicadores contratualizados. Durante o ano de 2010, os Departamentos de Contratualização das ARS negociarão directamente com cada director de ACES que, por sua vez, deverá negociar internamente o plano de contratualização com cada unidade funcional, passando, então, a ocorrer um processo de contratualização interna e externa (ACSS, Ministério da Saúde e MCSP, 2009). É a chamada 3ª Etapa da contratualização⁵⁰. Nesta fase e indo de encontro ao que estava preconizado no Decreto-Lei nº 298/2007, de 22 de Agosto, os incentivos institucionais são ampliados às USF em modelo B. Assim, é redefinida a metodologia de contratualização (ACSS, Ministério da Saúde e MCSP, 2010) e os indicadores para a obtenção de incentivos institucionais: são definidas quatro áreas e quinze indicadores da

⁵⁰ O mesmo documento define também a metodologia de contratualização para as cinco (em 2010 estarão em funcionamento seis) Unidades Locais de Saúde existentes, para o ano de 2009. Cada ULS, através de um representante indigitado pelo Conselho de Administração, deverá acompanhar o processo de contratualização com cada USF e fazer reflectir esses indicadores no contrato-programa que estabelece com a tutela.

carteira básica de serviços – treze são comuns a todas as USF e dois indicadores são acordados, assim distribuídos:

Área	Nº de indicadores	Indicador
Acesso	4	<ul style="list-style-type: none"> • Percentagem de consultas ao utente pelo seu próprio médico; • Taxa de utilização global das consultas; • Taxa de visitas domiciliárias médicas; • Taxas de visitação domiciliária de enfermagem.
Desempenho Assistencial	8	<ul style="list-style-type: none"> • Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia actualizada (uma em três anos); • Percentagem de mulheres entre os 50 e 69 anos com mamografia registada nos últimos dois anos; • Percentagem de diabéticos com pelo menos três HbA1C⁵¹ registada nos últimos doze meses; • Percentagem de hipertensos com registo de pressão em cada semestre; • Percentagem de crianças com PNV actualizado aos dois anos; • Percentagem de crianças com PNV actualizado aos seis anos; • Percentagem de primeiras consultas na vida efectuadas até aos 28 dias; • Percentagem de primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre.
Qualidade percebida	1	<ul style="list-style-type: none"> • Percentagem de utilizadores satisfeitos/muito satisfeitos.
Desempenho económico	2	<ul style="list-style-type: none"> • Custo médio de medicamentos prescritos por utilizador; • Custo médio de MCDTs⁵² prescritos por utilizador.

Fonte: ACSS, Ministério da Saúde e MCSP, 2010, 11.

⁵¹ Glicohemoglobina, utilizada para avaliação da diabetes.

⁵² Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica.

As metas a atingir são definidas por negociação entre o director executivo/conselho consultivo de cada ACES, acompanhado pelo respectivo Departamento de Contratualização das ARS, tendo em conta o comportamento dos indicadores em cada USF e dos centros de saúde da zona envolvente (ACSS e MCSP, 2010).

Simultaneamente ao processo de contratualização deve ser implementado um plano de acompanhamento interno, com o apoio das Equipas Regionais de Acompanhamento, para auto-avaliação da USF.

A monitorização dos indicadores é feita trimestralmente e de forma automatizada. Os indicadores respeitantes à satisfação dos utilizadores e dos profissionais são avaliados através da aplicação de questionários em modelo uniformizado a nível nacional.

A avaliação do compromisso contratualizado é feita em três níveis de resultados: "atingido", "quase atingido" e "não atingido", com pontuações de 2, 1 e zero respectivamente.

Do resultado final da contratualização resultará, ou não, a atribuição de um incentivo institucional. O não cumprimento dos indicadores propostos pode originar a passagem de uma USF em modelo B para modelo A, ou mesmo a sua extinção como USF. O valor dos incentivos institucionais varia entre os 9.600 e os 20.000 euros, consoante o número de unidades ponderadas (ACSS e MCSP, 2010).

Os incentivos profissionais para as USF em modelo B são variáveis para as três categorias profissionais. A remuneração mensal dos médicos integra o salário base e um conjunto de suplementos e compensações pelo desempenho, a que acresce para o coordenador da USF um suplemento mensal de 910 euros. O cálculo dos incentivos parte da lista padrão a nível nacional de 1550 utentes, a que corresponde uma dimensão mínima de 1917 unidades ponderadas⁵³, podendo atingir as 2358 unidades ponderadas. A compensação começa a ser atribuída a partir das 1918 unidades contratualizadas, com um valor de 234 euros mensais e pode chegar aos 1794 euros para o máximo de unidades contratualizadas. A estes incentivos acresce um suplemento por visita domiciliária (de 30 a 600 euros), variável consoante o número de visitas efectuadas, e um outro por alargamento do

⁵³ As unidades ponderadas são calculadas atribuindo diferentes factores de ponderação à população em lista, consoante a sua distribuição etária.

período de funcionamento da USF (ACSS, Ministério da Saúde e MCSP, 2010).

Aos enfermeiros é aplicado um sistema de suplementos associado ao aumento das unidades ponderadas e ao alargamento de período de funcionamento ou cobertura assistencial, quando contratualizado, mas com valores pecuniários significativamente mais reduzidos. Por exemplo, a lista de ponderação dos utentes pode originar um aumento mínimo de 100 euros e máximo de 900 euros para os mesmos intervalos de unidades contratualizados que são definidos para a categoria dos médicos. Repare-se que o valor dos incentivos é substancialmente menor para os enfermeiros, ainda que para as mesmas unidades contratualizadas. Tratar-se-á de uma dupla distinção, simbólica e material? Que ilustra também uma concepção de *compensação* pelo desempenho enformada no bio-poder médico?

Os incentivos financeiros são aplicados em função da concretização das metas contratualizadas, com um valor máximo anual de 3.600 euros (ACSS, Ministério da Saúde e MCSP, 2010).

Para a categoria de administrativos é utilizado idêntico sistema de cálculo para atribuição de suplementos, mas com valores pecuniários que variam entre o mínimo de 60 euros e um máximo de 540 euros. O valor máximo dos incentivos profissionais para este grupo é de 1.150 euros (ACSS, Ministério da Saúde e MCSP, 2010).

Em Dezembro de 2010 estavam em funcionamento 258 USF, abrangendo um total de 5137 profissionais (1826 médicos, 1846 enfermeiros e 1465 administrativos) e 3.231.714 "utentes potenciais".

O sistema de contratualização agora descrito encerra o essencial do modelo USF, já que as formas de organização do trabalho – o como se faz – e o conteúdo do trabalho – o que se faz – são determinados tendo por base as regras e os pressupostos administrativos definidos por instituições externas, quer à USF quer aos próprios trabalhadores.

Como dizem Ferreira *et al* (2010, 427 – 430), a contratualização em saúde é muito complexa. A produção desenvolve-se em contexto de incerteza, o *output* não define linearmente os ganhos em saúde e a avaliação de qualidade e de desempenho são muito exigentes. Mas, consideram as autoras, os mecanismos de financiamento são um poderoso sistema de incentivos em contexto de reforma e a regulação é "endógena" à

contratualização porque os contratos determinam níveis de produção que satisfaçam as necessidades previstas, os preços e modalidades de pagamento e as exigências de qualidade e desempenho, e estabelecem ainda os mecanismos de acompanhamento dos contratos, sendo, eles próprios, formas de regulação do sector (Ferreira *et al*, 2010, 429).

Afonso (2010, 60) anota que a contratualização não deverá esgotar-se na produção legislativa, deverá estar associada a um processo de acompanhamento e de avaliação rigoroso, já que a implementação de boas práticas de contratualização tem subjacente um maior sentido de exigência e responsabilização.

Como se pode perceber da exposição que fizemos, no caso da USF a contratualização é um dispositivo normativo criado para regular a actividade profissional e definir padrões de produtividade de cuidados com base em critérios de racionalidade técnica e científica, determinados por agências e agentes externos à realidade concreta da prestação de cuidados, sendo, uniformizados por padrões de ideologia biomédica. O desempenho é monitorizado permanentemente – uma nova *mão invisível* está constantemente a vigiar o trabalho através da imposição de registos informáticos de tudo o que se faz e dos tempos de execução, bem como do que não se faz. Este *polícia* informático quantifica e qualifica os níveis de desempenho e, mediante o alcance de metas pré-determinadas, recompensa ou não o trabalhador.

Assim, o sistema de contratualização pode ser considerado como o principal definidor do funcionamento, da organização do trabalho e da produção dos cuidados, já que, do projecto à realidade, todas as actividades são desenvolvidas em função das regras definidas em *sede* de contratualização. Esta nova forma de estruturar o trabalho e gerir a produção origina mudanças profundas na estrutura organizacional e profissional. Como vimos no quadro teórico, estar-se-ão a gerar, para além de processos de re-hierarquização das profissões, novas formas de reforço da biomedicina na prática clínica, em contradição com a ideologia da medicina holística e biográfica que tem caracterizado a MGF. É para discutir estas e outras questões que agora se inicia percurso analítico pela realidade concreta das duas USF objecto deste estudo.

2. A Unidade de Saúde Familiar A: o que muda e o que permanece?

A USF A foi criada por um grupo de médicos, enfermeiros e administrativos do CS (instituição que abordamos no capítulo anterior), cuja entrada em funcionamento ditou a extinção do CS enquanto unidade prestadora de cuidados de saúde. Este processo transformativo, que formalmente origina a passagem do modelo CS para o modelo USF, literalmente, de um dia para o outro, foi impondo um (quase) permanente e inevitável exercício analítico de comparação entre as duas formas organizacionais. Mas este é também um dos objectivos desta investigação – o de perceber a amplitude e a profundidade da mudança, colocando em confronto a realidade CS e USF. Por isto, a análise que se segue estabelece repetidas confrontações entre uma e outra realidades.

A USF A é uma USF modelo A, não possui carteira adicional de serviços, e, portanto, não contempla compensação remuneratória para os profissionais. A equipa inicial foi constituída por quatro médicos, quatro enfermeiros e quatro administrativos. Em Abril de 2010 virá a integrar na equipa clínica mais um médico, o ex-director do CS, em regime de tempo de trabalho reduzido. Foi inaugurada a 22 de Dezembro de 2009, após um período de apresentação e submissão da candidatura. Durante este tempo, o espaço que virá a albergar a USF foi objecto de obras de remodelação. Foram colocadas portas de vidro a identificar a USF e a condicionar o acesso de pessoas. O espaço foi pintado em tonalidades novas, onde se conjugava uma paleta de cores fortes, e equipado com novos aparelhos informáticos e mobiliário novo. A unidade passou a ocupar toda a ala direita do piso térreo do edifício do antigo centro de saúde.

A disposição espacial dos serviços coloca a zona de atendimento aos utilizadores, onde se localizam os serviços administrativos, imediatamente antes do corredor da enfermagem, e, do lado direito, os gabinetes de consulta dos médicos. Logo à entrada, ao lado do balcão de atendimento do secretariado, encontra-se o espaço "infantil", uma pequena mesa e cadeiras miniatura, com jogos e alguns brinquedos para crianças. Existe uma sala de espera logo à entrada e uma outra que precede o corredor dos consultórios médicos onde os doentes aguardam que sejam chamados pelo mesmo sistema de comunicação interna que já vigorava no CS. Manteve a configuração em U que também já existia no CS, mas agora com apenas dois corredores. Esta forma da arquitectura interna dispõem enfermeiros de um lado e médicos do outro, em corredores localizados em lados opostos,

mas criou espaços comuns: uma sala de reuniões e uma sala para "consultas conjuntas" – uma sala de enfermagem situada na ala dos gabinetes médicos e destinada às consultas de saúde infantil e de adultos.

A incorporação da sala de enfermagem no *território* clínico dos médicos foi justificada pela necessidade de não expor os doentes, nomeadamente em consultas de acompanhamento da gravidez e de planeamento familiar, à passagem de um corredor para outro. Esta contiguidade é, contudo, meramente espacial, já que este modelo, dito "conjunto", na realidade é *subsequente*, ou seja, o doente é primeiramente observado pelo enfermeiro para avaliação de parâmetros clínicos, sendo, em seguida, encaminhado para o gabinete médico. Como refere um enfermeiro:

"O doente chega, faz a inscrição, primeiro tem a consulta de enfermagem, de seguida é que tem a consulta médica. Imaginemos, o doente tem uma consulta médica às 9, às 9 menos 20 tem a consulta de enfermagem, e logo de seguida tem a consulta médica, que é no mesmo espaço físico – tem dois gabinetes, o gabinete de enfermagem e depois tem o gabinete de cada médico, o que permite que os utentes não tenham que se deslocar" (E8 – Enf USFA).

Porém, na realidade, o doente desloca-se de uma sala para outra. A proximidade física apenas torna mais curto o caminho percorrido.

A enfermagem estrutura o seu quotidiano de trabalho de forma relativamente independente da medicina, mantendo o mesmo sistema de atendimento que vigorava no CS, bem como o serviço de cuidados domiciliários, mas acrescentando como inovação as já referidas "consultas conjuntas".

A medicina disponibiliza consultas de MGF, na modalidade consulta "aberta"⁵⁴ por um período de uma hora por dia e por médico; atendimento telefónico do médico aos doentes durante 30 minutos por dia e consultas de marcação, cujo agendamento é efectuado a partir do dia 20 do de cada mês. Findo o mês, é suspenso o sistema de marcações até ao dia 20 do mês seguinte. Porque se estabeleceu este modelo de agendamento, aparentemente pouco útil para os doentes?

⁵⁴ A consulta aberta em USF corresponde ao período de consulta, marcada presencial ou telefonicamente, e realizada no próprio dia.

"... para todas as pessoas terem direito a consultas. Antigamente havia marcações a vários meses e agora marcamos de mês a mês, porque assim a pessoa que teve consulta neste mês já não vai ter no mês seguinte" (E2 – Adm USFA).

Esta determinação de período de marcações de consulta parece, no entanto, satisfazer mais os critérios e as conveniências da organização interna do que o interesse do doente ou a promoção de uma igualdade de oportunidades no acesso às consultas. Repare-se que, dependendo do mês, o utente dispõe, em geral de um período de 10 ou 11 dias para antever a necessidade de uma consulta e proceder à sua marcação. Sendo a acessibilidade do cidadão ao serviço e ao profissional um dos principais objectivos da USF e um dos "ganhos" mais proclamado pelas entidades oficiais, questiona-se desde já se esta não uma forma de limitar essa mesma acessibilidade?

Com excepção das cores fortes, que agora pintam as paredes, os abundantes logótipos da USF, utilizados e apostos nas batas de todos os profissionais e espalhados pelos mais diversos locais, e as novas fardas dos, agora, designados secretários clínicos⁵⁵, pouco se alterou em relação ao modelo CS. Até porque, no concreto das práticas, a ruptura não se opera imediatamente. Se os profissionais são os mesmos, as instalações são as mesmas, os doentes são os mesmos, para além das regras administrativas da organização, o que é que mudou efectivamente? Um ex-médico do CS, agora reformado, acrescentava e confrontava-nos ainda com outras questões:

"porque é que agora já há médicos para todos os doentes? Porque é que agora trabalham e dantes não trabalhavam? Estou-lhe a falar como contribuinte, porque é que se anda a gastar dinheiro? Este CS abriu em 2005, tem três anos, porque é que já se anda outra vez a fazer obras?" (dc-usf A)

Estas interrogações transcendem a mera inquietação pessoal e inscrevem-se num plano de questionamento sociológico de considerável amplitude. Senão vejamos: A USF não resolve o problema da insuficiência de médicos de família nem garante ao cidadão em geral um médico. O que garante é que os doentes inscritos em USF (e só estes) tenham

⁵⁵ Na USF o grupo de administrativos assume a designação de "secretários clínicos", mas englobados igualmente na carreira de Técnicos Administrativos, razão pela qual os designaremos indistintamente por administrativo ou secretários clínicos, sublinhando, no entanto, que a expressão "secretário clínico" reporta exclusivamente ao trabalho em USF. A mesma dualidade de designações (administrativos e secretários clínicos) é utilizada em diversos documentos oficiais.

obrigatoriamente atribuído um médico, deixando todos os outros à mercê das (in)disponibilidades estatísticas das "listas" e da *vontade* dos profissionais de, *onde e quando*, quiserem virem a constituir uma USF. Além de que o investimento na modernização das infra-estruturas, como a remodelação dos espaços e a aquisição de mobiliário novo e equipamentos informáticos, produz uma distinção efectiva entre profissionais e utentes da USF e do CS, uma primeira desigualdade, objectiva e material, gerada pela diferenciação inerente à existência de dois sistemas de cuidados primários. Daí que seja pertinente questionar, como faz este médico, porque é que se investe em novas instalações e infra-estruturas se neste CS estes recursos eram suficientes e adequados?

Para além da alteração dos cenários de trabalho, o que é que muda efectivamente no quotidiano dos profissionais e dos doentes?

2.1. O que dizem os profissionais...

Os discursos dos profissionais espelham uma visão dicotómica que é comum às três categorias. Enfermeiros, médicos e administrativos afirmam, simultaneamente, a mudança e a continuidade em relação à realidade organizacional do CS: a mudança nas formas de estruturação do dia-a-dia de trabalho (nas regras e modelos organizativos), e a continuidade no conteúdo das funções, mantendo-se o que se faz e alterando-se a forma de organizar o fazer.

Para os enfermeiros não é visível uma mudança significativa em relação ao CS. As diferenças identificadas ou são "ligeiras", ou são atribuídas à organização e agendamento das actividades, como referem duas enfermeiras:

— "Agora está ligeiramente diferente" (E5 – Enf USFA).

— "Não é diferente. Porque o que nós fazemos é o mesmo. Agora a forma como nós, neste momento, podemos fazer as marcações, o tempo que temos é maior, o que nos permite programar melhor o trabalho. É isso que acontece. Enquanto que no CS o trabalho era muito difícil de programar de uma semana para a outra, até porque não tínhamos um horário fixo, o horário mudava todos os meses, era muito complicado acompanhar sempre as mesmas pessoas. Neste

momento, como cada enfermeiro tem um grupo específico de utentes, consegue acompanhar, vai conhecendo a sua população e consegue acompanhar. A longo prazo consegue-se atingir melhor os objectivos. Principalmente é isso" (E8 – Enf USFA).

Ou as diferenças reportam à relação interprofissional com os médicos. Como acabámos de ver no capítulo anterior, no CS existia um sistema cristalizado de diferenciação simbólica entre profissionais que remetia os enfermeiros para posições de subalternidade em relação aos médicos. Com a passagem para a USF este é um dos aspectos onde são identificados traços, embora ténues, de mudança. Os enfermeiros passam de "quase empregadas deles" para elementos participantes nas reuniões, onde estabelecem um contacto pessoal com o médico, em que, como diz esta enfermeira, se pode falar, esclarecer, comunicar:

"Diferente do CS. Lá a gente parecia quase empregadas deles, não é? Eles mandavam as guias e nós fazíamos o que os médicos nos mandavam. Nós já tínhamos o telefone, mas melhorou porque temos a reunião, obriga-nos a ter um contacto pessoal. E é diferente a gente falar, esclarecer, comunicar, pronto. Pronto, é mais fácil. Só há uma médica, que é naquele dia em que eu faço sempre tarde, faço a tarde com aquela médica e naquele dia eu esbarro. Eu saio daqui, psicologicamente, de rastos" (E5 – Enf USFA).

Uma enfermeira refere-se a um potencial de mudança, aparentemente ainda não concretizada, dado o tempo verbal utilizado. – "(...) o que poderá mudar será a responsabilização ser dividida" (E6 – Enf USFA).

O enfermeiro "representante"⁵⁶ manifesta um discurso mais positivo da reforma, salientando a rapidez de resposta e a prestação de novos serviços que não estavam contemplados no CS, como bem ilustram as suas palavras:

"Uma resposta mais rápida e mais personalizada (...) a questão da vacinação dos adultos. A vacina anti-tetânica. Não era uma das questões muito acompanhada pelo CS, não havia essa preocupação, mas nós estamos a tentar chamar e convocar todos os adultos, já que temos a situação das crianças controlada, com cem por cento de vacinação, estamos agora a chamar os adultos, para que todos os adultos tenham a vacina anti-tetânica actualizada" (E7 – Enf USFA).

⁵⁶ A enfermagem integra o conselho técnico com um enfermeiro, que assume as funções de representante desta profissão, designação que entrou na linguagem corrente nas USF.

Das três categorias profissionais, a mudança é mais percebida pelos administrativos. Embora o grupo assuma posicionamentos que variam entre a afirmação clara da mudança positiva, como é o caso desta administrativa:

"É assim: eu acho que está melhor, pronto, do CS para USF, acho que melhorou. Embora... tenha sempre muitos utentes para atender, mas... acho que melhorou. Mesmo o atendimento de enfermagem, de médicos, acho que se dá mais respostas às situações. Há assim mais trabalho (...) Acho que funciona melhor. Comparando com os CS antigos, acho que sim. Tá muito melhor hoje do que antigamente" (E4 Adm USFA).

E a não identificação de grandes diferenças, mas sublinhando a maior acessibilidade e as facilidades decorrentes do modelo de agendamento das consultas, como é o caso destas duas administrativas:

— "A nível de trabalho não é muita a diferença, porque tudo o que nós fazemos actualmente, já o fazíamos no CS. Portanto, eu não vejo muita diferença (...) E ficou mais facilitado porquê? Porque nós antigamente abríamos a agenda para um período de 6 meses e marcava-se de Janeiro a Junho. Quer dizer, o utente vinha cá em Maio, ou em Março e nós dizíamos «olhe já não temos vaga». Agora não. Agora, como há um marcação mensal, eu penso que facilita um bocadinho porque nós conseguimos ver quem teve consulta no mês passado, ou há dois meses e tentamos programar de acordo com o estado de saúde, adequado a cada utente, ou a cada patologia, como é o caso, por exemplo do diabético, tem que ter 4 consultas, nós temos mais ou menos programadas no tempo, a saúde da criança até aos 2 anos e nós programamos por área geográfica, a tentar ver o enfermeiro, o médico. O hipertenso também, pronto. Depois temos a consulta de adultos que é normal, rotineira, pode ser agendada, mas que nos permite fazer uma melhor distribuição da marcação" (E3 – Adm USFA).

— "Não, agora marcamos de mês a mês [as consultas]. Há uma maior acessibilidade dos utentes em conseguirem falar com o médico, marcar consulta, ter consultas de rotina... Há acessibilidade dos utentes. Mais..." (E2 – Adm USFA)

A principal mudança reconhecida pelos dois médicos⁵⁷ foi o aumento de trabalho e de horas de permanência na instituição. Para uma médica o pouco tempo decorrido ainda não permite perceber grandes mudanças, mas refere as alterações na organização do trabalho,

⁵⁷ A equipa é constituída por quatro médicos, mas como só dois nos concederam a entrevista, são apenas estes que se pronunciam sobre a mudança.

um sentimento de maior responsabilidade e liberdade, como se pode ver no seu testemunho:

"Mudanças é mais a nível de organização de serviço, pronto, que eu acho que nós ainda estamos muito no início, a tentar fazer... talvez protocolos de actuação que nos facilitem depois e que seja mais simples e que acabe o serviço por ser organizado de outra maneira e dar-nos mais tempo para nos dedicarmos a outras coisas, mas nós ainda estamos muito no início, mesmo o formar as equipas multidisciplinares e isso tudo ainda estamos, cada um... mesmo a nível administrativo ainda estão a tentar encontrar uma maneira de trabalhar, nós também e depois então em conjunto, ainda é mais complicado. (...) Passamos cá muito mais horas [risos]. Ficamos aqui muito mais horas, já passávamos muitas, agora passamos mais. Depois acho que nos sentimos mais responsáveis, não pelos utentes porque eu acho que isso nós já nos sentíamos, mas pelo trabalho do CS, pelas coisas do CS e... pronto, sentimo-nos mais livres, sem ter que prestar contas a ninguém, embora a gente tenha que prestar contas, mas primeiro a nós próprios. E nesse aspecto acho que é mais agradável. Responsabiliza-nos mais, talvez por isso também passamos cá mais horas" (E10 – Med USFA).

Outro médico realça ainda a confusão da fase inicial de funcionamento, gerada pela gestão das listas de doentes⁵⁸:

"Neste momento, agora, foi a confusão. Porque estamos numa fase, de facto, de receber doentes, que nos pedem consultas, consultas. Portanto, neste momento, o trabalho aumentou. Até porquê tivemos que redimensionar a lista do Dr. M., o que nos deu para a gente absorver, o que nos deu... só isso já deu alguma perturbação. E estamos agora a preencher a lista que ainda não está, mas está quase" (E9 – Med USFA).

A segunda hipótese de trabalho formulada pretendia precisamente perceber que alterações produziram as medidas reformadoras, nos planos organizacional e profissional? Sendo que o alcance da pergunta se estende para além das alterações agora descritas, importa, todavia, sintetizar os principais aspectos já enunciados: Em síntese, o que mudou?

- A forma como se faz o trabalho;

⁵⁸ Como já foi exposto no capítulo anterior, o director do CS permanece no exercício do cargo nos primeiros meses de funcionamento da USF, embora esteja tacitamente acordado que irá integrar a equipa de médicos da USF. Por isto, na fase em que mantém as funções como director do CS, os doentes que lhe foram atribuídos são distribuídos pelos elementos da equipa, ocasionando esta situação de confusão a que o colega se refere.

- A programação semanal das actividades;
- A relação interprofissional enfermeiro/médico;
- A rapidez de resposta;
- O sistema de marcação de consultas;
- A acessibilidade;
- A quantidade de trabalho (é maior).

Para além do que mudou, nos discursos apresentados ganha contornos claros uma linha de continuidade do conteúdo de trabalho que já era desenvolvido no CS e que só é interrompida por frágeis rupturas como a forma de organizar as actividades, comum às três categorias sócio-profissionais, embora com intensidades diferentes para cada uma, e o esbatimento das dificuldades de relacionamento interprofissional.

Tão importante quanto perceber a transformação inerente à passagem de um contexto de trabalho em CS para o contexto USF, é compreender quais as vantagens e desvantagens decorrentes dessa mudança organizativa e identificadas pelos elementos da equipa. No momento em que os profissionais foram questionados, o número de USF já tinha ultrapassado a centena e meia e o discurso político e institucional repetia diariamente os "ganhos em saúde" gerados pelas USF.

Correia de Campos (2008, 104) caracterizava o que se passava como "a revolução silenciosa das USF" capaz de originar o maior passo de aumento de qualidade, alguma vez concretizado nos cuidados primários.

A MCSP havia já divulgado duas edições sobre as USF – "As Primeiras 50 USF" e as "Primeiras 100 USF" (Oliveira *et al*, 2007 e Oliveira *et al*, 2008) –, onde traçava o retrato das USF em funcionamento e atribua toda a ênfase às vantagens daí decorrentes.

Como se posicionam os profissionais que, no terreno, experimentavam agora o novo modelo? Que vantagens ou desvantagens são identificadas para os doentes e para as suas próprias carreiras? Neste caso, sublinha-se desde já a variabilidade de opiniões: dos que negam a existência de qualquer vantagem aos que enumeram várias melhorias.

Os administrativos dizem não ter grandes dúvidas quanto à existência de vantagens para os doentes do novo modelo de organização, onde sublinham a melhor organização, a

acessibilidade e a satisfação. Já para as suas carreiras profissionais não vislumbram grandes benefícios, como se pode ver nos testemunhos que obtivemos:

— "Para os utentes é mais vantajoso. Há mais organização, há mais acessibilidade, acho que sim, trabalha-se bastante melhor. Tentamos dar resposta ao maior número de situações possível, pronto, o máximo possível. Para a minha carreira não é propriamente melhor, não é. Mas foi uma opção que tomei e não estou arrependida" (E1 – Adm USFA).

— "Há mais rapidez de resposta. É mais fácil conseguirmos... Para mim, profissionalmente, a nível monetário, para já é igual. Contratuais: tenho aquela segurança de que vou continuar sempre porque eles precisam de mais uma administrativa, e quando estava no CS acabava o contrato e, provavelmente, se eles não precisassem, ia embora. [Agora já não está a contrato a termo?] Não, é sempre contrato. É sempre contrato, ainda por cima de 6 em 6 meses. Mas em princípio continuo... Como há outras pessoas da USF que também estão a contrato e é... também..." (E2 – Adm USFA).

— "(...) é o utente também ser um bocadinho mais satisfeito. E nós temos tido comentários, por parte do utente, de que estão melhor servidos, entre aspas, o acesso ficou mais facilitado. Uma das vantagens é a acessibilidade na marcação da consulta. A acessibilidade no caso de deixarem exames, que antigamente não era permitido e agora é-lhes permitido que fiquem exames e que vão vendo e que vão analisando e depois comunicam ao utente. Aquele exame de rotina, se for mais urgente, o médico até vai agendando, depois temos o facto do utente já poder ligar pelo telefone e poder dizer «oh menina, eu hoje não me estou a sentir bem, será que há capacidade de atendimento? Posso ligar amanhã?» Sabemos que podemos distribuir o utente por médico, sabemos que as situações urgentes nós devemos, tendencialmente, encaminhá-las ao médico... Tudo isso facilita a vida ao utente. Claro que eu também me sinto muito melhor se for o meu médico a ver, não é? acho que há ali uma ligação que facilita... É uma das vantagens. É uma segurança. É um equilíbrio muito mais coerente, pelo menos. Depois há a vantagem... Nós antigamente, é como lhe estava a dizer, tínhamos 15 mil utentes, tínhamos que atender 15 mil utentes, uma pessoa sozinha, e estamos aqui a falar, às vezes em algum período de tempo. Outra é a vantagem económica, porque nesta fase não, porque estamos ainda com um número de utentes ainda bastante inferior às nossas unidades ponderadas, como lhe chamam, mas temos perspectivas de poder ganhar mais face ao acréscimo do número de utentes, ou face ao acréscimo do número de médicos, ou face a outra coisa qualquer. Enquanto que nós no CS, não. Tínhamos que nos cingir àquilo. Temos aquilo. Que nós não podemos fugir muito. Aqui temos uma margem muito maior de manobra" (E3 – Adm USFA).

A administrativa "representante" tem um discurso marcadamente positivo sobre as

vantagens para doentes e profissionais da USF, salientando ainda as funções de mediação que desempenham junto dos médicos, ajudando a resolver problemas dos doentes, como fica patente neste excerto:

"No meu entender, pronto, não vejo necessidade em virem como vinham antigamente muito cedo para a porta do CS para conseguirem falar com o médico. Agora já não é preciso, porque nós conseguimos resolver muitos dos problemas deles, ou ficar com os recadinhos deles e dar aos médicos e depois ligamos para casa, pronto, porque antigamente não havia nada disso. Acho que agora há mais facilidade, agora, do utente falar com o médico ou pôr a nós o problema e prontos, e nós pomos ao médico e ligamos para casa e «olhe venha amanhã» ou «olhe não é preciso vir» e mesmo o médico também telefona ao doente. P'ra já não sei se vai trazer vantagens ou não, não é? Não sei se vou ter algumas vantagens ou não, mas como a tendência é essa" (E4 – Adm USFA).

É este grupo profissional que mais realça as vantagens do modelo USF, sendo comum a todos os elementos o reconhecimento de benefícios para o doente. Mas importa referir que no caso desta administrativa as vantagens são particularmente sublinhadas. Refira-se, ainda, que, aquando da realização das entrevistas às colegas de trabalho, esta secretária impôs a sua presença, num aparente acto de controlo do que iria ser dito. Questionada por nós sobre o condicionamento que poderia exercer sobre a opinião das colegas, argumentou a necessidade imperiosa de realizar tarefas urgentes naquele gabinete. O embaraço e as hesitações notados ao longo das entrevistas às colegas faz-nos pressupor a intenção de transmitir uma "determinada" imagem da USF. Viríamos a notar idêntica tendência para sublinhar as vantagens da USF no discurso do enfermeiro "representante" sem correspondência, no entanto, com a opinião do médico coordenador da USF.

A enfermagem refere como melhorias a organização do serviço, o acompanhamento do doente e o enfermeiro por área geográfica, como se vê abaixo:

— "A principal vantagem é o enfermeiro de família por área geográfica e de alguém que, principalmente nos grupos de risco, que os acompanha permanentemente. Em termos de doentes a principal vantagem é o relacionamento mais próximo" (E7 Enf USFA).

— "Acho que permite uma melhor organização do serviço e acho que o serviço está muito mais facilitado, as pessoas têm muito mais acesso aos cuidados neste momento, e, a nível de equipa, também noto que há uma maior motivação. Conseguiu-se organizar o serviço e as pessoas estão muito mais motivadas, e conseguimos prestar melhores cuidados. Para os doentes, o facto de serem

acompanhados pelo mesmo enfermeiro também lhes permite estabelecer uma relação de empatia. Com a passagem do utente por várias consultas, conhece bem o enfermeiro e o enfermeiro conhece bem o utente e tem todas as vantagens" (E8 – Enf USFA).

— "A principal, acho que é a satisfação do utente. Depois tem uma satisfação profissional e pessoal, porque eu gosto daquilo que faço e acho que agora, o facto de a gente estar a organizar estas actividades, dá-nos também um certo prazer, dá muito mais prazer eu agora conhecer uma família, conhecer, sei lá, a evolução do penso, porque sou sempre eu que faço. Agora não e é muito mais positivo para nós e acho que nos traz umas certas vantagens também" (E5 – Enf USFA).

Uma enfermeira interroga-se sobre os benefícios do modelo USF, referindo as implicações do processo de avaliação da actividade da USF na prática dos cuidados. A avaliação é baseada na monitorização do cumprimento ou incumprimento de um vasto conjunto de indicadores⁵⁹, definidos e assumidos no plano de acção, e obriga a registos permanentes dos actos praticados. Ora, a "acessibilidade" contém, entre outros, o indicador "tempo médio de espera pela concretização da consulta a partir da hora marcada", o que, no entender desta enfermeira, provoca um atendimento mais rápido para que sejam observados os tempos de espera definidos.

"Para os utentes? Não sei se terá assim muitos benefícios. Também tudo é feito mais a correr. Claro que são vistos mais rápido, porque o que está aqui em conta é atingir objectivos. Neste momento, na USF, nós não podemos rejeitar registos, quantos mais registos melhor, portanto, eu tenho que estar a atender e tenho que estar a controlar o horário, para não haver reclamações em

⁵⁹ Os já correntemente designados "indicadores", como já referimos, começaram por ser constituídos a partir de sete áreas, sendo cada uma delas desagregada em complexas equações de múltiplas variáveis. À época de entrada em funcionamento da USF A encontrava-se em vigor a designada Etapa 1 da Contratualização. Por exemplo, a informação demográfica deve considerar os índices de dependência de idosos, jovens e total, a percentagem de população activa, jovem e idosa e índice de vitalidade. A disponibilidade é constituída por um vasto conjunto de indicadores, cada um dando origem a outro conjunto de unidades ponderadas que se traduzem nos instrumentos mais quantitativos de avaliação. Por exemplo, para o indicador "utentes inscritos na USF", o número de crianças até aos quatro anos é multiplicado pelo factor 1,5; o número de pessoas com 65 e mais anos de idade é multiplicado pelo factor dois. Para um conhecimento mais exaustivo dos indicadores e das unidades de ponderação, consultar MCSP ("Indicadores de Desempenho para as Unidades de Saúde Familiar"; "Contratualização com as Unidades de Saúde para 2007"); ACSS, Ministério da Saúde e MCSP, 2009, "Unidades de Saúde, Metodologia de Contratualização – USF modelo A e modelo B", disponíveis em <http://mcsp.min-saude.pt>;

termos de tempo de espera" (E6 – Enf USFA).

Também para os médicos é pouco evidente a existência de vantagens. Uma médica admite mesmo não identificar qualquer vantagem – "vantagens ainda não vejo nenhuma" (E10 Med USFA). E o seu colega, médico-coordenador, considera que a principal vantagem não chegou a concretizar-se. Refere-se este médico à constituição da lista de doentes, como se pode ver no seu testemunho, embora mencionando melhorias na acessibilidade aos cuidados:

"A principal vantagem, seriam algumas que já não se estão a conseguir fazer. Primeiro, de facto, haver uma definição do número de utentes, e poder escolher a equipa e sermos nós próprios a gerir essa equipa (...) em termos de vantagens, é a acessibilidade para os doentes...? E pouco mais" (E9 – Med USFA).

O número de utentes por médico e por enfermeiro, a chamada "lista"⁶⁰, na USF é definido independentemente do número de utentes da área geográfica, não se encontrando este organismo obrigado a dar resposta a necessidades não contempladas no plano de acção. Ou seja, restringe o público utilizador e limita os serviços de saúde da USF à população contemplada em "lista". No CS, embora havendo igualmente "lista" de doentes (em média, em número semelhante ao da USF) para cada médico, são considerados utentes desta instituição "todos os cidadãos que nele se queiram livremente inscrever" (Decreto-Lei nº 157/99, de 10 de Maio), impondo-se, assim, ao CS a obrigatoriedade de dar resposta a todas as solicitações de cuidados dos doentes inscritos.

No CS em estudo e dado que integrou inicialmente duas USF, todos os doentes não contemplados pelas duas unidades ficaram sob a sua capacidade de resposta, situação que se repetirá por todos os CS do país a partir dos quais se foram constituindo as USF. Esta concepção da USF como entidade prestadora de cuidados de saúde a uma "carteira de

⁶⁰ A dimensão da lista da carteira básica de serviços é definida em função do perfil etário da população, dando origem a unidades ponderadas distintas para os utentes dos zero aos seis anos, dos adultos, dos 65 aos 74 anos e com 75 e mais anos, respectivamente com o factor de ponderação 1,5, 2 e 2,5. Tem uma dimensão mínima de 1917 unidades ponderadas, a que correspondem, em média, 1550 utentes. A cada enfermeiro são atribuídos os utentes correspondentes a 300 a 400 famílias (Decreto-Lei nº 298/2007, de 29 de Agosto).

doentes" pré-definida, foi entendida pelos profissionais do CS como uma discriminação da tutela. Auto-designavam-se profissionais de "segunda", obrigados a atender os doentes "rejeitados" pela USF. Como diz uma médica:

"antes de sermos unidade, nós nem sequer podíamos reivindicar nada, tínhamos que atender tudo o que estava fora das outras unidades [das duas USF]. Deixava-nos ali uma certa desvantagem, é os nossos e os que não são de ninguém" (E10 – Med USFA).

Para além do atendimento indistinto dos doentes em CS, o sentimento de discriminação estendia-se às condições de trabalho, como refere um médico:

"Depois eles [os da] têm tudo, têm condições, têm recursos humanos, têm tudo. E nós aqui ficamos sem nada" (dc-cs).

A coexistência no sistema de cuidados primários de dois modelos organizacionais diferentes produz um efeito discriminatório, que foi visível e experimentado logo no primeiro ano de funcionamento destas unidades, dando origem aos chamados "doentes de primeira e de segunda" e aos "profissionais de primeira e de segunda". Duas categorias sociais de doentes e profissionais, hierarquizados e qualificados como os "melhores" e os "piores", os "escolhidos" e os "restos"⁶¹ ", e rapidamente transformados em elementos estruturantes da diferenciação USF/CS.

O ex-Presidente da MCSP considera as desigualdades perfeitamente admissíveis e explica que:

"Aquilo que me parece é que as desigualdades criadas são perfeitamente admissíveis se estiverem limitadas no tempo e se percebermos que isto é provar que o sistema funciona para depois ser estendido a todos os cidadãos. Portanto, não me causa nenhum problema assumir que não podemos dar tudo a todos, e muito menos ao mesmo tempo. Portanto, tem a ver com isso. Se quiséssemos uma equidade absoluta era paralisador porque teríamos que estar sempre à espera de termos os meios para dar aos dez milhões de portugueses, que é absolutamente impossível. Portanto, também penso que seria ilegítimo nós termos capacidade para instalar informatização e fazer obras nalgumas instalações e tentarmos o equipamento e não o fazer porque não tínhamos para todos. Portanto, a reforma tentou desbloquear uma situação que era muito complicada. O facto de ter

⁶¹ Estas expressões são utilizadas com regularidade pelos profissionais nas conversas informais sobre a USF.

havido duas tentativas de implementar reforma nos centros de saúde de terceira geração e a reforma do Dr. Luís Filipe Pereira e não se ter conseguido... e, portanto, um terceiro fracasso seria, penso eu, muito grave" (E1, ex-Presidente MCSP).

Mas será legítimo incrementar a desigualdade entre doentes e profissionais para que seja possível implantar a reforma? E qual o limite temporal *razoável* para que se uniformize a prestação e o acesso aos cuidados de saúde? Refira-se que ainda hoje subsistem modelos distintos nos CSP.

O volume de inscrições de utentes na USF foi atingido logo nos primeiro e segundo meses de funcionamento, o que leva uma médica a rezear que a razão que os levou à criação da USF (de prestarem cuidados aos doentes em "lista") se repita agora:

"agora está a surgir isso mesmo, nós temos uma população que nos comprometemos a assistir até 2011, uma determinada lista de utentes, que estamos a atingir já. Já está a fechar, e os utentes que vêm de novo, para quem são?" (E10 – Med USFA)

Onde recorrerão os doentes que não são contemplados pela USF? Recorde-se que o CS foi extinto. Este é um problema, consequência da reforma, para o qual:

"não temos resposta. E neste momento, sou-lhe muito franca, acho que nem devemos nos preocupar com isso. Alguém tem que se preocupar e tem que apresentar soluções" (E10 – Med USFA).

Esta não é, contudo, uma questão exclusiva da USF A. Na USF B ocorre igual situação, momentaneamente atenuada pela entrada de mais uma médica para a equipa, como diz uma administrativa:

"Exactamente. E cada vez mais vai haver esse problema, porque se só houver USF, vai começar a haver sítios onde não há possibilidade de inscrição de utentes. Nós aqui temos a Dr.^a M. que veio para cá e que abriu novamente lista, mas até lá nós não estávamos a inscrever ninguém, e é complicado, pessoas que moram aqui na zona, que não se podem inscrever aqui. Mas também temos que pensar que se deixarmos inscrever aqui, vai acontecer como aconteceu no centro de saúde: listas imensas de pessoas sem médico em que o atendimento não é o melhor possível (E1 – Adm USFB).

À situação dos doentes não contemplados em lista acresce ainda a dos doentes

"esporádicos". Os "esporádicos", como vulgarmente são designados, são doentes sem médico de família atribuído, mas temporariamente residentes na zona. Como nos foi referido, são essencialmente estudantes, indivíduos em férias e trabalhadores sazonais.

Uma administrativa dá conta da ausência de uniformização no tratamento destes doentes:

" Ou então tentar explicar o que é que se passa com os esporádicos, porque uma altura dizem-nos «não atendem os esporádicos, os esporádicos são mandados para CS», como acontecia há um ano, agora já atendemos os esporádicos e não sabem se isso vai funcionar ou não... É assim, pelo menos se houvesse um centro de saúde que desse cobertura..." (E1 Adm USFB)

Neste caso, não havia centro de saúde. Onde recorrerão estes doentes? Como veremos, serão atendidos em regime de rotatividade pelas USF.

A tabela abaixo sintetiza as principais vantagens e desvantagens enunciadas pelos profissionais:

<i>Vantagens</i>	<i>Desvantagens</i>
1. Rapidez de resposta	1. "Tudo é feito mais a correr" – o doente é visto mais a correr
2. Satisfação do utente	2. A não contemplação de doentes "esporádicos" e imigrantes
3. Contacto telefónico do doente com o médico	3. O sistema de lista "fechada"
4. Evita a deslocação matinal do doente para a USF	4. Os doentes "sobrantes"
5. Relacionamento de proximidade do doente com os profissionais	5. Os utentes novos – para onde vão?
6. Melhora a organização do serviço	
7. Definição do número de doentes	
8. A escolha da equipa	

Numa primeira leitura do quadro resumo (que por ser resumo já esconde dimensões

importantes, mas que foram anteriormente abordadas) permite, desde logo afirmar que as vantagens são em maior número que as desvantagens. Mas detenhamo-nos com um pouco mais de atenção nos itens "rapidez de resposta"; "relacionamento de proximidade do doente com o profissional" e "definição do número de doentes". Ao ensaiarmos uma interpretação sociológica sobre estes aspectos percebemos que encerram mais desvantagens para o doente do que benefícios. Vejamos:

1. "Rapidez de resposta" – os tempos de espera pelos serviços não podem ser superiores a 30 minutos, mas esta imposição aumenta o ritmo de execução dos actos, diminuindo por seu turno a atenção ao doente – "tudo é feito mais a correr".
2. Relacionamento de proximidade com o doente: Como dizem Calnan e Gabe (2009) a concepção dos indicadores foi enformada pela ideologia da medicina biográfica, centrada no doente. Mas, ao mesmo tempo, a holisticidade e proximidade são inconciliáveis com práticas racionalmente definidos, tempos cronometrados e parâmetros de abordagem clínica pré-definidos. Os indicadores são biomédicos e isso pode ser uma ameaça à medicina holística e biográfica, porque as actividades são biomedicamente orientadas (Charles-Jones *et al*, 2003; Calnan e Gabe, 2009). O conceito de proximidade reduz-se à constituição de uma lista fixa de doentes, pressupondo-se, talvez que, por serem sempre os mesmos, o médico e o enfermeiro manterá uma relação individualizada e personalizada com cada um e cada qual.
3. A definição do número de doentes, considerada uma vantagem para os profissionais revela-se, no entanto, um dos mais eficazes instrumentos de desigualdade, ferindo de morte o princípio constitucional de igualdade no acesso a cuidados de saúde. Aí se originando as desvantagens que são identificadas na segunda coluna desta tabela. Também a este propósito Calnan e Gabe (2009) referem que a escolha livre dos doentes é um conceito complexo que se relaciona necessariamente com a equidade, podendo mesmo – escolha livre e equidade – ser incompatíveis e podendo fazer crescer as desigualdades. Mas repara-se que os autores estão a reportar-se ao sistema de saúde do Reino Unido, onde é o doente que escolhe livremente o médico. No

caso português, o processo inverte-se – é o médico que escolhe os doentes, reforçando-se ainda mais as formas de desigualdade em saúde. "Escolhe" poderá mesmo assumir o seu sentido literal, como acontece com os doentes não contemplados em lista – os não escolhidos. Além de que quando ocorrem deslocações de médicos de um centro de saúde para uma USF, o médico *leva* consigo alguns dos seus doentes obrigando-os a deslocarem-se geograficamente para a área onde se localiza a USF, mesmo que esta se encontre distante dos locais de residência. O que se pode e deve questionar é a que critérios obedece o preenchimento da lista? Quem pode e não pode inscrever-se no médico A, B, ou C? E por que ordem de inscrição?

2.2. Do outro lado: o que dizem os profissionais que não integraram a USF...

Os enfermeiros que não integraram a USF mantiveram-se, como já referido, nas instalações do CS nos primeiros meses de funcionamento desta unidade. Excluídos organicamente da nova unidade, estão, no entanto, suficientemente próximos para poderem espelhar uma perspectiva simultaneamente de *dentro* e de *fora*. Actores imersos num sistema, sem contudo, a ele pertencerem, colocam em questionamentos aspectos esquecidos ou negligenciados pelos participantes directos da reforma, profissionais e entidades responsáveis, e geradores de novas desigualdades em saúde. É o caso de uma enfermeira que chama a atenção para a exclusão dos imigrantes residentes na área de abrangência das USF, colocando em evidência as potencialidades discriminatórias do conceito USF:

"Os imigrantes ainda é mais grave, porque vêm muitos deles... não tem CSP nenhuns, não têm vacinação, quando estão doentes não sabem a quem é que se devem dirigir, muitas vezes esquecem a língua, algumas senhoras ficam grávidas, não há um acompanhamento da gravidez, não há um acompanhamento à nascença, nem durante a primeira infância. E ainda se torna mais grave, porque são várias pessoas de uma família em risco. Quê? Essas pessoas não têm direito a ter cuidados de saúde? Durante o tempo em que não conseguirem um trabalho que lhes permita o visto de residência, não vão ter cuidados de saúde? O que é que fazemos a estas pessoas? Deixam de ser pessoas? Isto é outra questão que já se levantou. Quem vai atender estas pessoas? Uma vez que

depois as USF regem-se por custos, não é? Porque se têm aquele número, o material que é gasto é em função daquele número que têm? Não podem desperdiçar muito mais, porque senão depois são sancionadas por isso. Então quem vai atender estes doentes? São os CS?" (E3 – CS Enf)

O não atendimento da população imigrante viola claramente o que está disposto no Despacho 25.360/2001, de 16 de Novembro, onde no seu ponto 1 é expressamente dito que

"é facultado aos cidadãos estrangeiros que residam legalmente em Portugal, o acesso, em igualdade de tratamento aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde, aos cuidados de saúde e de assistência medicamentosa, prestados pelas instituições e serviços que constituem o SNS."

E deriva em novas formas de discriminação em saúde. Inevitavelmente remetidos para o CS, engrossam o volume dos "doentes de segunda", aqueles que as USF não querem, contribuindo estatística e socialmente para o reforço da diferenciação USF/CS. Mas neste caso, e para esta área geográfica, já não existe CS (uma vez que este se transformou em USF), situação que levanta a questão essencial: Onde recorre esta população?

No período anterior ao da entrada em funcionamento da USF A, era ao CS que acorriam os utentes chamados de "esporádicos" e os imigrantes que se dirigiam às duas USF. Entretanto, como diz uma administrativa, uma circular emanada da ARS⁶² veio dar orientações para que estes doentes fossem atendidos. No entanto, os administrativos aguardavam orientações da chefia. Enquanto o assunto no era objecto da atenção do coordenador da USF:

"Nós não atendemos, encaminhamos para o CS. Aqui não porque é uma população muito esporádica e aqui não pode ser, porque o médico tem uma carteira de clientes e tem que os seguir. A eles não pode ser. Mas agora veio uma circular da ARS a dizer que temos que atender. Não sei como é que vai ser. Quando vier o Dr. A. [que está de férias], ele é que tem que decidir. Não sei como é que vai ser" (dc-USF B).

Com a passagem do CS a USF, a situação *destes* doentes "complicou-se", passando o

⁶² Efectuada uma pesquisa à página da ARSN, IP para consulta da circular referida, constatamos que, embora existam diversos documentos deste tipo sobre variados assuntos, para o ano de 2009 não existe qualquer documento, pelo que nos foi impossível conhecer as orientações deste organismo para este caso.

atendimento a ser decidido na discricionariedade das situações que são "urgentes" e da lonjura da residência ao CS, como diz uma administrativa:

"Inicialmente, nós não aceitávamos esporádicos, mas isso foi enquanto existiu o CS que era relativamente perto, nós podíamos enviar para lá as pessoas, Agora desde que passaram também para USF, está um bocadinho mais complicado, mas nós aqui, desde que sejam situações urgentes e que realmente seja um a pessoa de longe, nós atendemos. Se não for e virmos que é uma coisinha que pode ser resolvida no CS e o CS é aqui relativamente perto, enviamos, sim, para onde ela pertence"(E2 – Adm USFB).

Na USF A vigora um regime de rotatividade semanal entre esta unidade e a USF mais antiga, a funcionar no andar superior, para atendimento aos imigrantes. Assim, dependendo da semana, o imigrante deve dirigir-se à "USF de cima" ou "de baixo". Não será também esta uma forma de discriminação?

Estudos e entidades tutelares são unânimes em considerar que a USF veio potenciar o aumento da acessibilidade do doente ao sistema de cuidados e ao profissional. Mas, ao co-existir com o modelo CS, limita essa acessibilidade na realidade concreta, enquanto facilidade efectiva de acesso aos cuidados de todo e qualquer cidadão. As opiniões das duas enfermeiras que permaneceram no CS são claramente dissonantes. Enquanto uma considera o modelo USF como economicista e gerador dos já referidos "doentes de primeira" e de "segunda", desejando que "não vá para a frente", uma outra refere a melhoria na acessibilidade aos cuidados, mas, realça que essa melhoria só seria atingível se todo o sistema funcionasse em USF. Os dois testemunhos são ilustrativos das suas opiniões:

— "tem muitas vantagens, embora seja um modelo meramente economicista, que espero que não vá para a frente, senão teremos doentes de primeira e de segunda. Até os doentes que foram para lá são os mais instruídos, aqui ficam os mais desfavorecidos, os que não têm informação. Na USF (...) há tempos de espera que têm que se cumprir, o doente sabe, as marcações são feitas com muita rapidez... se o modelo vai para a frente, a discriminação vai ser ainda muito maior (...) vai haver muita discriminação, porque eles têm uma carteira de doentes e os outros? Os que estão a descoberto? A esses ninguém os quer" (dc-cs).

— "o que as USF trouxeram de muito bom foi a acessibilidade do doente ao médico e ao enfermeiro. O doente no CS, no regime antigo, vamos falar assim, esperava 2/3 meses por uma

consulta médica, na USF o doente espera no máximo 15 dias. Ao fim de 15 dias o médico tem que dar resposta àquela situação; o enfermeiro tem que dar resposta. Se não for naquele dia terá que ser no dia seguinte. Portanto, a acessibilidade do doente ao médico é muito mais fácil. Se todos nós fôssemos USF e nos seguissemos por esse regime, o doente teria muito mais facilidade em ter cuidados de saúde, em tempo útil, melhores cuidados de saúde, porque também há uma avaliação da qualidade, e isso será uma vantagem para o utente" (E2 – CS Enf).

Como vimos no início deste capítulo, o sistema de contratualização é o modelo base de gestão e avaliação da USF e acentua as lógicas de racionalização de custos e benefícios, levando os profissionais a subjugar a ordenação das necessidades de cuidados das populações à hierarquia das suas próprias necessidades, de gestão individual e da equipa, do tipo e da quantidade de actos produzidos. Isto é, o cumprimento dos indicadores determina as práticas e a compensação financeira atribuída a um conjunto de actos predefinidos faz aumentar os níveis de produtividade. É assim que o enfermeiro-chefe do CS interpreta o pressuposto aumento do número de visitas domiciliárias dos enfermeiros:

"Dantes fazia-se um dois domicílios. Agora que os domicílios começaram a ser pagos e contam para os indicadores, fazem-se prá aí uns 20. Mas não é esse o espírito de Hipócrates nem do João Semana. Se perguntares porque é que dantes não faziam, não te vão dizer isto, mas esta é que é a razão!" (dc-cs)

A existência simultânea de modelos organizativos diversos gera inevitavelmente desigualdades em saúde, como já havia sido notado com os projectos desenvolvidos na década de noventa. Como dizem Ferreira *et al* (2010, 445) a propósito destas experiências, o modelo apresentou

"algumas fragilidades, como a criação de desigualdades entre os utentes das áreas abrangidas pelo projecto e os de outras zonas, a deslocação dos profissionais mais motivados e interessados e a necessidade de investimentos iniciais e de um esforço de informação."

Como sabemos, as desigualdades sociais são geradoras de desigualdades em saúde e, por sua vez, estas exercem uma acção de reforço sobre as primeiras. Neste sentido, a desigualdade está tão ancorada nos sistemas de diferenças sociais quanto nos sistemas díspares de cuidados de saúde. É por isso que sempre que um sistema de saúde, já de si iníquo, introduz no seu seio subsistemas diferenciados está, inevitavelmente, a contribuir

para acentuar o binómio da desigualdade social e em saúde.

2.3. Que razões levaram à criação da USF A?

Um dos princípios que rege a criação da USF é o da sua origem voluntária a partir da vontade dos profissionais. No caso da USF A, a voluntariedade resultou da ponderação de factores racionais, uma equação que transformou a decisão numa inevitabilidade.

A existência de duas USF integradas no CS gerou uma clivagem entre profissionais da USF e do CS, traduzida na já referida categorização de doentes e profissionais de "primeira" e de "segunda". Recorde-se que uma USF funcionava no mesmo edifício do CS, tornando mais evidente a distinção CS/USF e gerando alguma animosidade entre os profissionais. "Pontos de tensão" como dizem Santos *et al* (s/d., 10) que ao desenvolverem um estudo⁶³ sobre determinantes da satisfação de profissionais e utentes com os CSP, identificaram a existência de alguma fricção relacional entre os profissionais da USF e do CS, gerada pelo sentimento de maior satisfação dos que integram a USF e de cepticismo quanto ao processo de implementação da reforma dos que se encontram no CS.

Como refere uma médica, a diferenciação verificava-se também pela dificuldade em obter materiais consumíveis, remetendo o CS para o lugar dos "restos", para onde acorriam os doentes que não eram *escolhidos* para integrar as listas dos médicos da USF.

"por um lado pareceu-nos que era inevitável esta mudança, porque primeiro iriam os voluntários e a seguir os voluntários à força. Acho que vai mais ou menos nesse sentido e, depois, havia uma diferença cada vez maior, que ouvíamos falar, e que depois começámos a sentir, entre meios das unidades e os CS – meios de trabalho – era muito complicado, o doente que está a ser tratado dentro do mesmo edifício, uns terem um tipo de material, outros terem outro, uns terem um atendimento, outros terem outro... O orçamento, portanto, uma unidade pede determinado material e o material é obtido e o CS pede e pura e simplesmente não há verbas. E isso começava a ser um bocadinho muito complicado. Depois... o problema que se está... que eu acho que era inevitável,

⁶³ Trata-se de um estudo de metodologia qualitativa, realizado em 16 CS, através da auscultação de 14 *focus group* de utentes e profissionais, tendo em vista compreender a satisfação dos utentes e profissionais com os CSP.

toda a gente via, quem não viu é porque não quis ver, é que as unidades tinham-lhes, por assim dizer, prometido que eram responsáveis por uma determinada população e mais nada, portanto tudo o resto – os restos – ficavam para o CS. Portanto, nós estávamos a ficar com o resto. O resto eram os nossos e os que não eram de ninguém. Era complicado. Agora... (E10 – Med USFA)

A deslocação de uma médica do CS para a USF B gerou um aumento do número de doentes "a descoberto", a que os profissionais do CS se viam obrigados a dar resposta. Como diz uma médica:

"a principal razão [para a decisão de apresentar a candidatura] prende-se com a saída de uma médica (...) Porque as USF deixam de fora os doentes que ninguém quer e, depois, acorrem aqui e agora, com as duas USF, o CS está a ficar com os doentes que eles [da USF] não querem" (dc-cs).

A mesma razão é apontada pelo médico-coordenador. E como a transferência da médica deixou um elevado número de doentes:

"tinha que ser, porque chegamos a uma situação que era insustentável. Quando a Dr^a N. foi embora, deixou 1000 doentes a descoberto e se não fôssemos para USF tínhamos que ficar com eles todos" (dc-cs).

Esta obrigatoriedade de atender todos os doentes impõe a decisão de candidatura:

"tivemos que arrancar com a USF, porque estávamos a ficar com os doentes todos, porque as USF só ficam com os que querem e, depois, os outros vêm aqui parar todos [ao CS]" (dc-cs).

A proposta de candidatura para a USF surge, assim, como uma inevitabilidade, mesmo para uma outra médica que se questiona:

"Mas se não integrasse a candidatura para onde ia? Já estou aqui há 30 anos, moro na Foz, demoro menos a chegar aqui do que a ir para o centro da cidade. Não estou em idade de ir agora para outro sítio" (dc-cs).

São também factores de ordem prática que presidem à decisão dos enfermeiros pela integração na USF. Para alguns, à motivação profissional impôs-se uma geografia de razões, onde a proximidade da residência imperou como factor determinante, embora nem sempre prontamente assumido. Entre as razões concretas e objectivas e as socialmente

afirmadas podem mediar outras tantas que levam a uma fuga às primeiras. É o caso de uma enfermeira que à pergunta "porque é que integrou a USF?", responde com a evasão do riso:

Entrevistadora: "Quais foram as principais razões que a levaram a integrar..."

Entrevistada: [Risos]

Entrevistadora: Com sinceridade!

Entrevistada: [Risos]

Entrevistadora: [Riso cúmplice]

Entrevistada: [Risos] As razões que me levaram a integrar... É assim, se eu ficasse excluída por opção, se eu dissesse que não, eu tinha que me sujeitar a ir para a área da X, que é uma área distante da minha área de residência, e eu quero ir para o lado da Y" (E5 – Enf USFA).

A mesma razão de localização do CS em proximidade com a zona de residência é prontamente assumida por outra enfermeira:

"Ora bem, não sei, não tenho assim muita motivação para nada. Porque, realmente, eu estou aqui na unidade porque estou perto de casa, mais nada. Se não, não estava aqui!" (E6 - Enf USFA)

Para os que possuem vínculos contratuais precários, foi a perspectiva de renovação do contrato que imperou como factor de motivação, como avalia uma enfermeira:

"Olhe, vou-lhe já explicar: os colegas que estão aí a contrato, a motivação deles é conseguir estar mais ou menos seguros, os contratos são diferentes – a motivação deles é essa. Isto como é uma iniciativa médica, o que tem por trás é ganhar dinheiro" [Risos] (E6 - Enf USFA).

Uma enfermeira confessa a falta de entusiasmo, mas, interroga-se:

"se não for, para onde vou? Não é porque esteja muito entusiasmada, vá lá que me deixam integrar a equipa. Sabe como é que eu soube [que iam candidatar-se a USF]? Foi uma administrativa que me disse. Acredita? Com estes médicos não se pode trabalhar e isso assusta-me. Porque eles acham que nós somos os criados deles. Acham que o enfermeiro está aqui para trabalhar para o médico" (dc-cs).

O enfermeiro, "representante" do grupo da enfermagem, salienta a independência em relação ao SNS, na perspectiva de que o modelo que está preconizado para a USF permita maior autonomia:

"Alguma independência relativamente ao estado do SNS, ou seja a possibilidade de, de certa maneira, podermos traçar o nosso caminho. Ainda que com limitações, mas podemos traçar e podemos fazer as alterações que acharmos necessárias" (E7 – Enf USFA).

Os administrativos apontam igualmente razões de ordem prática: a deslocação para outros locais, o término do contrato e a possibilidade de imediata renovação, como se pode ver nos seus testemunhos:

— "O CS praticamente vai extinguir, vamos deixar de ter direcção do CS, entretanto vai-se formar o ACES, que terá nova direcção, e eu acabei por aceitar ficar na USF. [Tinha algum receio de ser deslocada?] Sim, sim... Ser deslocada para um sítio mais distante... Claro, dentro do ACES poderia ser deslocada para outro local" (E1 – Adm USFA).

— "Por duas razões: convidaram-me e eu não hesitei. Por uma razão... como eu estava desempregada e eu acabava o contrato, portanto se eu não me integrasse na USF, provavelmente também eles não precisariam, não é? E depois... é um desafio estar a trabalhar na USF... como eu sabia... que na USF era melhor... perdi-me..." (E2 Adm USFA).

A administrativa "representante" do grupo salienta a satisfação do utente e as virtualidades do modelo:

"Uma das razões é essa. Tentar com que o utente também saia um bocadinho mais satisfeito. A outra também tem a ver com a nossa parte pessoal, económica... tudo muito mais... Antigamente, se tivéssemos 15 mil utentes, tínhamos que atender 15 mil utentes, muitas das vezes com falta de pessoal administrativo" (E3 – Adm USFA).

Correia de Campos sublinha que as USF nunca são impostas pelo governo ou pelas administrações regionais, devem surgir de candidaturas espontâneas geradas por grupos de médicos, enfermeiros e administrativos (Campos, 2008, 93). Neste caso, a USF A não surge espontaneamente. Resulta de uma equação de consideração racional de factores de interesse pessoal e estratégias profissionais, de distâncias geográficas e da ponderação contabilística de doentes em "lista" e doentes a "descoberto". É, pois, na matemática destas variáveis que se decide a criação da USF A.

3. A Unidade de Saúde Familiar B: actores e contextos

A USF B localiza-se numa zona periurbana, num edifício que partilha com a Junta de Freguesia, embora com entradas independentes. Não é servida pela rede de transportes públicos, situação que o coordenador reconhece representar um problema de acessibilidade para os doentes que não dispõem de transporte particular. Ocupa todo o bloco esquerdo do edifício, composto por dois andares. Entra-se para a USF directamente para uma sala de espera onde os doentes aguardam para serem atendidos pelo secretariado clínico ou pelos enfermeiros. Ao centro desta sala está a mesa do *segurança* e, a servir de fronteira ao espaço dos profissionais, o balcão dos serviços de secretariado, seguido de quatro gabinetes de enfermagem e dois de médicos.

No segundo andar localiza-se uma segunda sala de espera, à qual se dirigem os doentes já encaminhados pelo secretariado e que se destinam a atendimento pelos médicos. Os seis gabinetes médicos estão dispostos lado-a-lado ao longo do corredor, fechado por uma porta que estabelece os limites entre os espaços público e privado. Do lado esquerdo existe uma sala de reuniões e uma sala-bar, espaço utilizado para as refeições. O Bar é uma sala ampla, equipada com todos os apetrechos de uma vulgar cozinha, e com uma mesa ao centro onde são tomadas as refeições.

A construção do edifício em blocos, embora ligados por rampas de acesso comum, garante que todas as salas e gabinetes tenham abundante luz natural, tornando o espaço agradável, confortável e acolhedor. As instalações são novas, mobiladas e equipadas de novo.

Tal como já constatámos aquando da análise do espaço e suas simbologias no CS e na USF A, também aqui a disposição dos lugares e a sua apropriação espelham a hierarquia social e simbólica dos sujeitos. Embora, note-se, enquanto que no CS e na USF A os traços da divisão arquitectónica exerciam uma função de reforço da diferenciação na estrutura das interacções sociais, na USF B é precisamente no plano das interacções que se encontram algumas formas de esbatimento dessa distinção social, como por exemplo na utilização e apropriação do Bar. Para aqui dirigem-se, indiferenciada e descontraidamente, médicos, enfermeiros e administrativos para tomarem o pequeno-almoço. Estes são momentos de alguma convivialidade, em que se comenta a actualidade

política e desportiva, a portugalidade, ou se partilham preocupações e aborrecimentos da quotidianidade do trabalho. Há produtos alimentares que são de utilização comunitária: o pão é fresco e trazido todos os dias pela auxiliar de acção médica; a manteiga, o chá e o café são para uso de todos. De manhã, as lancheiras que transportam os almoços de enfermeiros e administrativos são dispostas ao longo do balcão. Os médicos raramente almoçam (até porque os horários praticados tendem a distribuir-se em dois turnos: o das 8 às 13/14 horas e o das 14 às 20 horas).

A equipa é constituída por nove médicos, nove enfermeiros e seis administrativos, para uma população de 14 mil utentes. Cada médico tem uma lista de 1800 doentes e cada enfermeiro 1900 doentes

O atendimento no secretariado clínico está organizado por um sistemas de senhas de cores diferentes, colocadas num dispositivo, que o doente retira aquando da sua chegada. A cor azul é para "consultas" e a rosa para "outros assuntos". Este sistema produz um repetido "senha-rosa-senha-azul-senha-rosa", pronunciado em voz alta pelas administrativas. Mantém-se, todavia, a diferença, já observada nas outras duas instituições (o CS e a USF A), entre o atendimento para cuidados de enfermagem e para serviços médicos: aos primeiros o doente dirige-se directamente, através do sistema já referido de preenchimento de formulários e seu depósito em recipientes próprios; para os segundos dirige-se obrigatoriamente ao secretariado para registo da consulta e posterior encaminhamento.

O *segurança* encontra-se logo na entrada, e desempenha funções diversas: atende o telefone, encaminha os doentes para a enfermagem e recepciona e ordena as solicitações dos delegados de informação médica para os encontros com os médicos. Sobre o desempenho destas funções, uma médica considera que:

"é ele que controla os doentes, que os encaminha, que os manda subir, não pode ser, o trabalho é apenas de atender o telefone. Depois ele não devia estar onde está, porque se eu estiver aqui sozinha e uma pessoa entrar pelo elevador, o segurança nem dá conta. Às vezes até tenho receio. À segunda à tarde estou cá sozinha e tenho medo, porque pode subir por aqui alguém e ninguém dá conta" (dc- USF B).

A figura do *segurança*, quase omnipresente nas instituições sociais, colocada

estrategicamente para funcionar como tampão no acesso a profissionais, têm uma posição ambígua na hierarquia dos trabalhadores. Não está nem completamente dentro nem completamente fora. Localiza-se numa espécie de órbita, literal e metaforicamente, rondando em torno dos profissionais e dos lugares. Enquadra-se naquele tipo de profissionais que Hugman (1991) designou por "categorias satélite", estando simultaneamente dentro por participarem directamente na vida da organização, e fora por não pertencerem a nenhuma das categorias profissionais. Situados nas franjas do tecido constitutivo da organização, vão-se apropriando de zonas de indefinição e de tarefas menores que os trabalhadores não querem realizar e, com o tempo, vão conquistando territórios próprios onde passam a figurar tarefas claramente definidas. A posição que ocupam e as tarefas que desempenham permitem-lhes um acesso indiscriminado a todo o espaço da organização e a todos os profissionais, daqui retirando, directa ou indirectamente, o poder de permitir ou não o acesso de outros, nomeadamente doentes e delegados de informação médica. Como dizia o segurança do CS: "às vezes deixo, outras vezes não".

O modelo de organização é semelhante ao da USF A. As consultas programadas são agendadas pelo próprio médico ou pelo doente. Não são impostos limites para inscrições para a consulta "aberta", que se realiza diariamente no período da manhã das 8 às 9 horas.

Inaugurada a 29 de Dezembro de 2006, o que a integra no grupo das primeiras 50 a abrir no país, é também constituída por uma das maiores equipas a trabalhar em USF. Iniciou o funcionamento em modelo A, vindo posteriormente a integrar-se no modelo B. Transição recebida com manifesto agrado pelos profissionais. Confrontado com a visão economicista que subjaz ao modelo B, e que leva alguns colegas a rejeitá-lo e a criticá-lo, um médico contradi-los e assume: "É, é... Eu vim para isto porque queria o dinheirinho. É tudo treta [o que dizem os colegas]" (dc-USF B).

Inicialmente foi coordenadora da USF uma médica, posteriormente afastada e substituída nas funções por um colega, por razões de ordem pessoal e de dificuldade de gestão de grupos. A própria o reconhece:

"gerir grupos é muito complicado, as pessoas são todas diferentes, têm opiniões diferentes, que têm que ter (...) mas era muito complicado" (dc-USF B).

O colega que a substituiu considera que a sua falta de "perfil" gerava "uma anarquia", como se pode ver nas suas considerações:

"Mas ela não tinha perfil. Era uma anarquia. Os enfermeiros juntavam as folgas e gozavam-nas todas juntas, estavam semanas sem cá aparecer. Chegávamos aqui e só havia um enfermeiro. Os outros estavam todos de folga. Não podia ser. Depois pensavam que tinham a autonomia toda. Têm autonomia, mas não é assim, tem que ser o médico a tomar as decisões. Uma vez contrataram um enfermeiro sem dizer nada a ninguém. Não é assim!. Eu agora vou contratar mais um médico, mas vou levar o assunto a conselho geral, ouvir as pessoas, ver o que dizem. Agora as coisas são diferentes. Claro, alguns não gostaram, mas tem que ser" (dc-USF B).

Este médico coloca assim em realce, ainda que de forma indirecta, o que deve ser o perfil de um coordenador. Este excerto remete-nos, mais uma vez, para a concepção biomédica que subjaz à ideologia da USF. O coordenador é médico e o pendor biomédico estende-se às práticas clínicas. Nesta perspectiva, e como diz este médico, os enfermeiros têm autonomia, mas "tem que ser o médico a tomar as decisões". Distante e distinto do poder médico identificado por Carapinheiro (1993) no hospital, na USF existem igualmente concepções de autonomia e poder que remetem os enfermeiros para as margens do poder médico.

3.1. Porque foi criada a Unidade de Saúde Familiar B? Razões e motivações

A precariedade das instalações físicas em que se encontrava a extensão de saúde tinha já motivado uma candidatura da equipa ao Regime Remuneratório Experimental, nunca implementado por falta de aprovação. A mesma vontade de adquirirem instalações novas motivou e mobilizou toda a equipa para a candidatura à USF. Uma médica descreve as condições de trabalho como

"uma desgraça, nós não tínhamos material, nós não tínhamos, às vezes, detergente para lavar o chão, trazíamos nós de casa, a gente ia trabalhar em sítios..., nós trazíamos o detergente para lavar o chão, de casa... Não havia dinheiro para nada" (E16 – Med USFB).

O Ministério da Saúde elaborou um documento de orientações para instalações e

equipamentos em USF, onde define pormenorizadamente um vasto conjunto de parâmetros arquitectónicos, espaciais e de equipamento (desde as condições de acessibilidade, às instalações eléctricas, iluminação, louças sanitárias, entre muitos outros⁶⁴) que impõe um padrão de *elevada* qualidade às condições de trabalho e de prestação de cuidados (Ministério da Saúde, 2006) e produziu directivas legais para uma maior celeridade na concretização das condições definidas. Assim, as USF gozam de um regime excepcional para contratação de empreitadas de obras públicas e aquisição ou alocação de bens e serviços que permite o recurso a procedimentos de negociação, consulta prévia ou ajuste directo das ARS – IP (Decreto-Lei nº 5/2007, de 8 de Janeiro e Decreto-Lei nº 48/2008, de 13 de Março), que vigorou até 31 de Dezembro de 2008.

No caso desta USF, a possibilidade de aquisição de instalações novas e de melhorar as condições de trabalho transforma-se na principal motivação dos profissionais para a aderirem ao novo modelo de trabalho.

As razões invocadas pelos médicos incluem ainda, tal como na USF A, a proximidade geográfica do local à zona de residência, mas neste caso este factor surge secundarizado em relação à vontade de permanecer integrado na equipa, das expectativas nas possibilidades da reforma no aumento de vencimento, como mostram os entrevistados:

— "Eu queria entrar de qualquer jeito. E, claro, integrei esta porque estou perto de casa e... fui a única pessoa que veio de fora, não é? Porque estava descontente. Porque acho que... porque sempre acreditei nesta reforma, sempre acreditei nesta mudança, porque acho que isto é o futuro, é um desafio e depende muito de nós, em gestão, porque gosto de gestão... Porque acredito. Acredito nesta mudança" (E12 – Med USFB).

— "Eu acho que mais por as colegas terem ido também, mas... ficou a Dr^a B., que não veio, mas voltou agora, e acho que veio toda a gente. Tava toda a gente. Mas estou a ver que há melhoras agora na USF. Não temos aquelas reuniões em que há um director, damo-nos todos muito bem..." (E13 – Med USFB).

— "Porque é que integrei? Porque trabalhávamos todos em comum, surgiu, trabalhávamos todos

⁶⁴ O documento "Orientações para Instalações e Equipamentos para Unidades de Saúde Familiar", Ministério da Saúde, está disponível em http://mcsplvengine.com/Imgs/content/page_46/instalacoes_equipamentos_usf.pdf

em comum, porque não continuarmos a trabalhar?" (E14 – Med USFB)

— "Para ser sincero, é assim: expectativas de melhorar o vencimento, primeiro; segundo lugar: autonomias, administrativa, técnica etc. e tal, isso parece que era aliciante" (E15 – Med USF).

— "Eu também acreditava no projecto, não foi só ficar perto de casa e ter..." (E16 – Med USFB).

— "Quando a gente se apercebeu que este modelo podia mexer... podia-nos evitar tantas burocracias, podíamos lidar mais directamente com o poder central, acho que... foi sempre um objectivo nosso, estarmos dependentes de tudo para pedir qualquer coisa, acho que agora as coisas se resolvem muito mais fácil para os utentes, a gente pede num dia as credenciais, decide muito mais facilmente tudo o que seja férias, folgas, acho que está tudo muito mais fácil. A autonomia... não iríamos depender de um director de um CS e íamos um grupo de profissionais com quem pudéssemos trabalhar e iríamos ter melhores condições físicas, tudo isso nos levou a investir neste projecto" (E17 – Med USFB).

Todos os enfermeiros que constituíam a equipa da extensão de saúde se envolveram no projecto desde o início, com excepção de um elemento, porque:

"Não aceitei de início. Ahh... Na altura em que se formou a USF, eu não acreditei no projecto. A verdade é esta e eu tenho que lha dizer com as palavras todas. Era muito novo, pouca gente falava e eu não... acreditei no projecto e não aderi e depois entretanto fiquei doente e fiquei nove meses em casa. Eu acho que naqueles nove meses tive muito tempo para pensar e percebi que de facto era a melhor opção e decidi aceitar e vim. E acho que é o futuro" (E11 – Enf USFB).

Os restantes enfermeiros aderiram invocando razões que pouco divergem das consideradas pelos médicos. A falta de recursos, a degradação das instalações, a novidade do projecto, onde identificam uma alteração do estatuto do enfermeiro, a expectativa de renovação contratual e a proximidade geográfica da área de residência foram as principais razões apontadas, como fica patente nos seus discursos:

— "Porque nós tínhamos falta de material, tínhamos umas instalação que não eram boas, não nos permitia... tínhamos uma única sala que era de tratamentos, injectáveis, de ver tensões, de ver diabéticos, tudo na mesma sala. Às vezes estávamos quatro colegas, tudo a falar ao mesmo tempo, tudo na mesma sala. Isso não tinha muita lógica, como é óbvio" (E7 – Enf USFB).

— "Aceitei, primeiro porque já se sabia, ainda não se falava na altura sobre USF, mas na altura, em

estágio, já tínhamos feito um trabalho, já tínhamos abordado o que é que iria ser... aceitei porque achei que iria ser uma boa oportunidade e também, e isso pesou alguma coisa, a nível de estabilidade de trabalho, porque sou contratado, porque realmente tem-se falado e tenho constatado, temos, não muita mais, mas alguma estabilidade a mais do que colegas em CS e em hospitais, a nível de renovação de contratos" (E8 – Enf USFB).

— "Houve essencialmente duas razões: a primeira é porque estamos a atravessar um momento político um bocado indefinido e isto das USF começou a avançar e não sabíamos muito bem o que é que ia dar, e, portanto, mais vale estar no barco... A segunda é porque me pareceu um projecto, à partida aliciante. Porquê? Isto porque veio alterar radicalmente a forma de trabalhar dos enfermeiros, veio-lhes atribuir um estatuto que não tinham até aqui" (E11 – Enf USFB).

— "É assim, o CS passou a USF, pronto havia a hipótese de não... e portanto, enfim, se eu não viesse para USF, depois ficaria sujeita à mobilidade, não me agradava, porque eu estou aqui à beira de casa, que no fundo foi o que me fez, e no fundo foi isso" (E12 – Enf USFB).

A adesão de quase todos os que constituíam a equipa da extensão de saúde torna inevitável a inclusão dos administrativos. Como diz uma administrativa

"Em primeiro, porque toda a gente que eu conhecia ia integrar e se eu não integrasse, tinha que ir para o C. e ficava-me mais longe. Mas foi um bocado no escuro, não é... porque é uma coisa nova. (E3 – Adm USFB)

Uma colega, vinda do hospital, confronta-se com uma realidade do trabalho no centro de saúde que não corresponde à ideia que tinha e projecta na USF as qualidades que reconhecia ao RRE:

"Pronto, eu na altura, já em 2004 se falava no RRE. Quando as pessoas se candidataram aquilo pareceu-me muito bom, porque a ideia que eu tinha de CS, ou seja a ideia que eu tinha do funcionamento do CS não era aquilo com que eu me deparei quando cheguei aqui. A ideia é mesmo o projecto em si, acho que dá mais resposta no dia ao utente, do que como estava a funcionar" (E6 – Adm USFB).

Confrontando os factores invocadas como determinantes para a adesão ao projecto pelos profissionais da USF A e B surgem algumas diferenças nas principais razões, embora a variável proximidade geográfica seja comum às duas unidades. Essas diferenças prendem-se, inevitavelmente, com os percursos desiguais das organizações, modelados,

sobretudo, pelas distintas condições de trabalho: a USF A, como já ficou dito, possuía instalações novas e bem equipadas e a USF B encontrou nas precárias instalações que ocupava a principal determinante para a proposta de candidatura.

3.2. O que mudou?

Aquela que foi uma das principais razões para a criação da USF que acabámos de enunciar – a melhoria de instalações – é de imediato percebida como a mudança mais importante. De facto, o anseio torna-se realidade no actual edifício que, como acabámos de ver, é novo, confortável e espaçoso.

A enfermagem menciona ainda as condições de privacidade do doente, possíveis com as actuais condições físicas; a metodologia de trabalho; uma maior autonomia, entendida como a capacidade de gerir o processo do doente; e mais responsabilidade resultante da conquista de autonomia pela necessidade de se evidenciarem os resultados do uso da responsabilidade; a compensação monetária; a lista de doentes; a programação das actividades; a relação de maior proximidade, personalização e continuidade com os doentes, como fica patente nas citações abaixo:

— "Aqui os cuidados acabam por ser quase uma consulta particular, há o privilégio, há o silêncio, há a privacidade do utente em que ele pode estar à vontade para falar, porque sabe que não está ninguém a ouvir, que não está o vizinho a ouvir a história de vida ou o que aconteceu... E a nível de material, a expectativa que eles nos deram é que iríamos ter material todo novo... Mudou, mudou. Dantes era tudo baralhado, nem sempre conseguíamos estar em simultâneo com o médico, acabava por ser o médico a ver só, ou a enfermeira a ver só, e depois como não havia suporte informático, não havia grande cruzamento de informação e depois havia coisas que se perdia, e pronto" (E7 – Enf USFB).

— "A nível de enfermagem, metodologia de trabalho: enfermeiro de família, atribuição de uma carteira de utentes, somos responsáveis pelos nossos utentes, prestação de cuidados a esses utentes naquela altura [na extensão de saúde] passavam-me pelas mãos 6, 7, 8 mil utentes, agora sou responsável por 1700 utentes e começo a conhecê-los e é muito melhor" (E8 – Enf USFB).

— "Mudou porque veio atribuir mais responsabilidade e ao mesmo tempo mais autonomia. Veio-nos dar mais autonomia em relação à minha lista de utentes e o facto de eu ser enfermeiro de

família, de ter utentes que são meus e que eu posso gerir. Uma gestão de cuidados dentro de uma faixa do grupo que nós temos aqui, ora isso dá-me uma autonomia em termos de decisão relativamente aos meus projectos com eles, etc. Por outro lado, veio-me dar mais responsabilidade, porque obriga a que haja resultados dessa autonomia, que são traduzidos normalmente em ganhos em saúde. Ou seja, veio permitir uma coisa que não existia até então, que é ver os resultados do trabalho que nós fizemos" (E9 – Enf USFB).

— "É assim: trabalho com uma lista de utentes, com marcação, dantes não trabalhava, chegava ao CS e é que via o que me esperava, muito pouco, muitos utentes, poucos, aqui eu tenho um trabalho programado, sei mais ou menos o que me espera, está marcado, por mim ou pelos colegas. Pode haver aquelas consultas abertas, não programadas que são aqueles doentes que acontece alguma coisa e que necessitam de atendimento, mas geralmente eu sei o que me espera" (E10 – Enf USFB).

— "Eu acho que isto é muito bom para nós e muito bom para os utentes, porque nós temos uma relação muito mais forte com os utentes. Os meus utentes vêm aqui directamente e contam-me os problemas deles directamente a mim, não têm que andar atrás de uma enfermeira para lhe resolver um problema qualquer e eu, estamos aqui há 2 anos, começo a conhecê-los bem e sei como lidar com eles. Muito facilmente há comunicação, nos domicílios até posso combinar com eles, é muito mais fácil, eu acho. Nós temos horas de atendimento pessoal, eles sabem a que horas têm que ligar, ou vir aqui, eles sabem que eu estou nesta sala e eles vêm aqui bater" (E11 – Enf USFB).

O pessoal administrativo divide-se entre considerar que não existem grandes diferenças – o "trabalho é o mesmo basicamente, nós trabalhamos com papéis, e o trabalho é o mesmo" (E1 – Adm USFB) – e os que consideram ter havido um acréscimo de trabalho provocado pelo aumento do número de consultas. Mas referem melhorias como a acessibilidade, a vigilância clínica mais eficaz, a facilidade em obter consulta no próprio dia através da modalidade de consulta aberta:

"Às vezes eram cinco da manhã e já lá estavam à porta [na extensão de saúde]... cinco, seis da manhã e estavam lá. Aqui, não. Aqui o médico tanto pode ter uma ou duas, como ter 10, não quer dizer que vá atender as 10 pessoas (...) Nesse sentido é mais fácil para os utentes. E outra facilidade é que todos eles têm médico. Que penso que é a principal diferença" (E3 – Adm USFB).

A "consulta aberta" pode ser marcada pelo telefone ou presencialmente, no próprio dia, evitando que doentes se desloquem de madrugada. Uma administrativa ilustra a diferença com o adágio popular:

"Costuma-se dizer que Deus dá nozes a quem não tem dentes, mas eu acho que os doentes em relação à unidade estão muito melhor. Já não há aquela coisa de ter que vir às 7 da manhã..." (E1 – Adm USFB).

Os médicos elegem a acessibilidade e a vigilância permanente dos doentes como uma das principais mudanças:

"Eu penso que agora a população está mais perto de nós, porque a acessibilidade é muitíssimo maior, penso que... prontos... Penso que agora a população está mais perto de nós, é mais fácil o acesso, muito facilitado, como eu costumo dizer aos meus doentes isto é melhor do que uma clínica na América. As vezes chegam aqui e passado 10 minutos conseguem falar connosco. Pronto, muitas das coisas são burocráticas, mas a acessibilidade é muito maior do que era. Antigamente, esperava-se 2 meses... porque nós dizemos mas porque é que não vem cá? porque é que foi primeiro ao hospital? porque é que não vem cá? porque é que não procurou – porque a acessibilidade é tão grande, que eles se não procuram é porque não querem, não é? Ou não sabem, muitas vezes é desconhecimento" (E12 – Med USFB).

Os registos informáticos permanentes representam a tarefa na qual todos afirmam despende de tempo considerável e impõem igualmente regras de vigilância à saúde. Como os "indicadores" são os instrumentos utilizados para a monitorização, a prossecução dos objectivos impõe aos médicos uma alteração na relação/atenção aos doentes. Uma médica atribui as principais mudanças à obrigatoriedade dos registos e à vigilância/medição dos tempos de execução das tarefas, enquanto o coordenador encontra no cumprimento dos objectivos um aumento do interesse, da atenção e da preocupação, como se pode ver nos dois testemunhos:

— "Olhe, por exemplo, não trabalhávamos com computador, era só as receitas, agora temos que meter os dados todos, do doente, tudo no computador, temos objectivos, que não tínhamos antes, temos horários para cumprir... Quer dizer, temos horários para atender o doente, enquanto que no outro uma pessoa podia demorar o tempo que quisesse que não contava. Isto agora há um registo de quanto é que eu tenho de espera para consulta" (E13 – Med USFB).

— "Não tenho mais tempo, mas tenho, se calhar, maior disponibilidade, tenho maior interesse, porque nós perseguimos também objectivos e temos que cumprir esses objectivos e isso faz que estejamos mais atentos, mais preocupados. Eu dantes, por exemplo, se um diabético faltava à consulta, a responsabilidade é dele, se não veio foi porque não quis, há-de vir e o interesse é dele. Hoje em dia quem me falta, eu telefono, peço para telefonar, criancinhas que não... porque

também tenho objectivos a cumprir, tenho planos a cumprir, porque se não fizer isso, também eu saio penalizado, portanto, todo o sistema cria aqui uma dinâmica que obriga realmente a haver uma proximidade mais dos doentes, temos que estar mais empenhados" (E15 – Med USF).

Uma outra médica encontra nos incentivos financeiros inerentes ao modelo B uma forma de compensação pelo trabalho desenvolvido:

"Mas as USF agora deixam-me um bocadinho menos frustrada porque começo a ser um bocadinho compensada em termos monetários pelo que faço, também tem a ver com a minha personalidade, porque eu tenho que fazer as coisas com calma e, portanto, antes das USF eu ganhava muito mal, eu considero que eu ganhava muito mal, e agora tenho o meu gabinete, e eu entro aqui... e o tempo é bem preciso para dar resposta a isto tudo..." (E16 – Med USFB)

Postas em confronto, estas opiniões ilustram aquilo que podemos designar por *quadratura* dos principais efeitos do sistema de contratualização: por um lado a rigorosa medição do tempo de cada acto clínico traduz-se em novas formas de taylorização do trabalho, agora com processos de cronometragem informática geradores de mecanismos de proletarização – o assalariado que perdeu o controlo sobre o conteúdo do trabalho – e de desprofissionalização – visível por exemplo na depauperização dos saberes, cada vez mais conceptualizados por células informáticas em cuja formulação o médico não participou; por outro lado, a existência de sistemas de vigilância à distância robustecem as formas burocratizantes de regulação da actividade e transformam o estado, enquanto entidade tutelar, numa presença tentacular em todos os gabinetes de trabalho. Mas, por outro lado ainda, este vigilante virtual impõe novas preocupações e atenções que podem converter-se num acompanhamento mais atento dos utentes e reverter em melhorias na saúde. Existe, porém, um outro quadrante que nos remete para a emergência de um novo "polícia médico", de que falava Foucault (2007), mais atento e mais vigilante com os seus serviços e as suas obrigações, agora subjugados a metas, objectivos e indicadores, mensurados em complexas operações de ponderação. E se, ainda como dizia Foucault a propósito da medicina do século XVIII, o médico pode tornar-se em perito, senão na arte de governar, pelo menos na de observar, corrigir, melhorar o "corpo", agora pode tornar-se também num hábil gestor dos *melhores* doentes e dos actos mais adequados para atingir as metas definidas. O que nos leva a questionar se a atenção/vigilância dos estados de saúde é determinada por razões clínicas ou de gestão administrativa?

Estas novas formas de gestão da actividade estão a originar um aumento do trabalho administrativo do médico, várias vezes referido, como se pode ver nos excertos das entrevistas destes dois médicos:

— "Trabalha-se mais. Ai, eu nunca trabalhei tanto. Não há tempo para nada. Quantas vezes não tenho tempo para tomar um cafezinho? É 5 minutos, e saio daqui, todos os dias á uma e meia, duas menos tal, mas a dar-lhe, a dar-lhe! Não tem nada a ver com o passado" (E15 – Med USF).

— "Mudou. Cada vez se trabalha mais. Enquanto que outras profissões a partir de determinada idade têm redução de horário, eu acho que nós cada vez trabalhamos mais e sob pressão" (E14 – Med USFB).

O que mudou da extensão do CS para o USF B foram, inquestionavelmente, as condições de trabalho, reconhecidas por todos como *a* mudança e *a* melhoria. E tal como na USF A, mudaram as formas de organização do trabalho e de estruturação dos quotidianos profissionais.

4. A consulta de Medicina Geral e Familiar em USF

Tal como no CS, a consulta de MGF assume grande centralidade na estrutura de produção de cuidados de organização. Determina um significativo número de actos de enfermagem, representa a maior parcela do trabalho administrativo e o serviço mais procurado pelos doentes. Com o modelo USF, o que muda nas práticas clínicas em contexto de consulta? Foram observadas quatro consultas na USF A e nove na USF B, escolhidas pelos próprios médicos, em idêntico procedimento ao que já havíamos adoptado para a observação das consultas em CS⁶⁵.

A duração e o modelo de consulta são semelhantes ao que observámos nas consultas do CS. Aliás, no caso da USF A assistimos às consultas de dois dos médicos que também havíamos observado no CS. Portanto, quando os contextos se alteram mas os actores são os mesmos, estes tendem a reproduzir as mesmas práticas clínicas.

⁶⁵ Refira-se que na USF A apenas nos foi permitido observar as consultas de dois médicos. Uma das médicas que havia permitido a nossa presença nas consultas em CS recusou a autorização para as consultas em USF, e a outra manteve a recusa que já tinha tomado no CS.

Na USF A, as consultas observadas demoraram entre 7 e 15 minutos, repetindo-se o modelo ritualizado, que já descrevemos no capítulo anterior, de entra/pesa/mede tensão arterial/transcreve informação clínica para o computador e prescreve receituário. O computador continua a ocupar grande parte da atenção, do olhar e do tempo do médico em detrimento da audição das queixas do doente e da explicação da sua situação clínica e os registos estão a reconfigurar os doentes em objectos de procedimentos médicos. Os doentes tornam-se menos uma pessoa e mais um diagnóstico biomédico para ser gerido pelo sistema (Charles-Jones *et al*, 2003).

Num caso, um doente queixa-se que tem dificuldade em dormir. O médico em nada o questiona, diz-lhe apenas que:

"«não lhe vou receitar comprimidos para dormir mas um regulador de sono. Não provoca sono, mas com o tempo regula o sono». Em tom de brincadeira acrescenta: «dizem eles, agora se regula ou não, não sei, mas toma durante uns tempos se fizer bem toma durante 6 meses, se não fizer bem não vale a pena insistir»" (dc-USFA, consulta 3).

Numa consulta a que vai um casal, nervoso e angustiado, o marido queixa-se de uma perna "que está sempre a esfolar". O médico olha, então, para a perna do doente e diz:

"temos aí uma psoríase⁶⁶. Foi uma herança que lhe deixaram. Não se pega, pode contactar com outras pessoas à vontade, mas vai deixá-la aos seus filhos. Vai levar esta pomada para pôr aí, ponha também esta, porque esta é um bocadinho cara e gasta-se num instante. Depois vamos estudar melhor isto e, provavelmente, depois vai para a dermatologia" (dc-USFA Consulta 4).

O casal, com visíveis sinais de perturbação emocional não questiona o médico, e este

⁶⁶ A psoríase é uma doença crónica da pele, que deixa marcas visíveis e inestéticas nas regiões afectadas. Não é contagiosa e pode surgir em qualquer idade. Afecta 1 a 3% da população. O seu aspecto, extensão, evolução e gravidade são muito variáveis, caracterizando-se, geralmente, pelo aparecimento de lesões vermelhas, espessas e descamativas, que afectam preferencialmente os cotovelos, joelhos, região lombar e couro cabeludo. Nos casos mais graves, estas lesões podem cobrir extensas áreas do corpo. As unhas são também frequentemente afectadas, com alterações que podem variar entre o quase imperceptível e a sua destruição. O facto de ser geneticamente determinada não implica que a hereditariedade de pais para filhos seja obrigatória. Contudo, verifica-se uma maior probabilidade de aparecimento da doença em pessoas que tenham familiares portadores da mesma (Associação Portuguesa de Psoríase, 2010).

acrescenta apenas que é "uma doença crónica e não tem cura".

Macdonald (1993) sublinha que a cultura médica do século XX gerou uma situação de aceitação do *status quo*, visível, na forma como os doentes aceitam as decisões sem grandes questionamentos. A inacessibilidade ao conhecimento da medicina e o estatuto social do médico impedem o doente de o questionar. E acrescenta que ainda resiste a crença no altruísmo da profissão médica que inibe os doentes de o interrogarem. Este foi um caso de não questionamento do médico, mesmo face à visível inquietação provocada pelo desconhecimento da doença e pela preocupação com a manifestação cutânea dos seus sintomas.

Na relação com os doentes foi possível observar a reprodução da distinção social operada pela posse de título académico. O médico trata com evidente deferência um doente, levantando-se para o receber, cumprimentando-o com visível agrado, comportamento que não teve com os doentes anteriores nem terá com os seguintes. O cumprimento social – "como está, senhor engenheiro?" – com a utilização do título académico explica a diferença de comportamento.

Na USF B o *modus* interaccional é mais informal do que no CS e na USF A. As relações inter-profissionais são mais abundantes e, aparentemente, mais descontraídas. Esta plasticidade nas regras informais mostra como a mesma moldura normativo-legal pode assumir contornos distintos consoante o contexto e os actores. Mas a flacidez da normatividade formal e informal reflecte-se também na relação dos médicos com os doentes e com a própria investigadora, a quem nunca foi levantado qualquer impedimento para assistir às consultas. A introdução no consultório era feita ou acompanhando o próprio médico ou com este a dizer "entre, entre", sem nunca serem informados os doentes sobre a nossa presença. Nas primeiras consultas perguntávamos como queriam fazer para informar os doentes, diziam-nos "não se preocupe", ao mesmo tempo que nos impeliavam a entrar no gabinete. Como já havíamos notado noutra investigação (Teixeira, 2003), as regras de respeito pela privacidade e pela intimidade do doente são reformuladas e apropriadas consoante o profissional.

O modelo de consulta é menos ritualizado do que na USFA, variando consideravelmente consoante o médico e o doente. O tempo de duração das consultas observadas variou entre os 5 e os 20 minutos. Mantém-se contudo a atenção aos registos informáticos e a

prescrição ou renovação de receituário como elementos constituintes de todas as consultas.

A prescrição de medicamentos é um subentendido e um pressuposto da consulta. A previsibilidade do acto leva, não raras vezes, o médico a tomar a iniciativa e questionar o doente sobre o que precisa,

"O médico pergunta se é preciso medicação. A doente diz que sim e ele, a brincar, diz «vamos lá então encher a despensa». Pergunta «tripla?» (dc-USFB, consulta 1).

Ou então a não questionar para o que quer e porque quer, mas apenas "quantas quer?". Ou ainda a realização de consultas que consistem apenas na actualização de receituário e prescrição de novos medicamentos, como aconteceu neste caso:

"Vai um senhor cuja consulta não é para ele, mas para a filha que foi operada e que está em casa, vem só pedir receituário. A consulta (que não é consulta) não demora mais de 5 minutos e consiste apenas em satisfazer os pedidos de receita do utente" (dc- USF B, consulta 5).

A medicina geral e familiar está cada vez mais entrincheirada entre os preceitos teóricos da abordagem global da doença e de centração no doente, incompatível com a posição de subordinação profissional, e a prescrição para necessidades previamente codificadas e estandardizadas (Bungener e Baszanger, 2002).

A relação com os doentes varia significativamente de médico para médico. Um médico, que já sinalizamos como descontraído e brincalhão, transporta para algumas consultas e alguns doentes esse registo, como se pode ver no caso seguinte que passamos a descrever:

"O próprio médico *avisa* a investigadora: «agora vem aí uma que vale a pena. Vai ver. Esta é daquelas que eu lhe digo vale a pena ver.» Trata-se de uma doente de longa data que o médico vai acompanhando na biografia da vida e das doenças. A doente irrompe pelo gabinete dentro, num exuberante cumprimento ao médico e, satisfeita, constata que a planta que lhe havia oferecido se mantém viva no parapeito da janela e diz efusivamente: «Ai, inda ali está!» O médico diz-lhe que a rega todos os dias. De seguida brinca com a doente a propósito de um "brasileiro", seu suposto namorado, e desenrola-se uma conversa brejeira sobre a suposta actividade sexual da doente. O que levou esta doente à consulta foi o pedido de um relatório clínico para apresentar na junta médica. Está de baixa há mais de 6 meses. Queixa-se que não pode trabalhar, «por causa da cabeça que não rigula bem». Ganha o rendimento de inserção social e apavora-se com a possibilidade de lho

retirarem. Num tom impositivo, diz ao médico «você tem que pôr aí que eu que não estou bem da cabeça, que não estou. Ponha aí. Escreva aí. Escreva bem, olhe que eles não me podem tirar o pouquinho que recebo.» O médico redige a carta e a doente quer saber o que ele escreveu, o médico diz, «não leio nada, não tens nada que saber. Tu leva a saia bem curtinha, olha que eles ficam logo malucos.» A doente ri. Encantada com os comentários, levanta a saia e mostra as pernas, deformadas pela gordura, e diz «ainda são bem jeitosas. [Virada para mim] Vou de saias, levo uma saia curtinha. Ai, tem que ser senhora doutora que eles num podem cortar o dinheirinho, que ele já é tão pouquinho!» A consulta demorou cerca de 20 minutos, a maior parte dos quais passados em grande risada (dc-usf B, consulta 4).

Outra médica, cujo gabinete está repleto de plantas (em cima dos armários, da secretária e no parapeito da janela estão vários vasos que ainda preservam o papel de embrulho de oferta,) e, de vez em quando, de flores, recebe uma doente que lhe oferece mais um saco de flores. A doente, carinhosamente, vai dizendo:

"que oferece com muito orgulho, são diferentes de todas as outras, e são para a médica plantar no seu quintal, dá-lhe as instruções de como deve proceder. A relação é afável e a doente diz: «ai, senhora doutora, tem que lá ir agora, agora é que o meu jardim está bonito, está tudo cheio de flores», a médica diz «qualquer dia passo lá» (dc-usf B, consulta 6).

Noutra consulta, esta mesma médica assumirá o seu estatuto de superioridade moral, legitimada na fundação científica dos saberes médicos, para criticar e culpabilizar um doente pelo seu comportamento. Ameaça que os resultados mostram, que:

“«isto está muito feio, muito feio mesmo, o senhor tem de andar a pé. Andar a pé é como tomar um comprimido, hoje 10 minutos, amanhã 20, depois 30. Se não andar a pé, da próxima vez ponho-o a insulina.» E insiste, «o senhor já sabe, ou andar ou insulina e depois deixa de ver, os rins deixam de funcionar, e cortam-lhe as pernas, é isto que o senhor quer, senhor Domingos? A diabetes é uma doença muito boa, se andar controladinha, e muito má se não andar a pé. Não é só a boca, é andar a pé!» O doente não responde, nem reage. A mulher, sentada ao lado troca olhares de resignação comigo como quem diz, «ele é assim». A médica insiste nos mesmos conselhos, no mesmo tom de voz, de quem o recrimina pelo pecado de não andar a pé sem o questionar porque é que ele diz que não pode andar. Acrescenta «não, pode, mas quando apanhar um susto depois já pode, depois já vai andar todos os dias a pé! Mas depois pode já ser tarde, o senhor sabe bem o que o espera: ficar cego, e cortarem-lhe os pés. Olhe que eu não posso fazer tudo sozinha.» O casal sai da consulta atemorizado, presumo" (dc-usfB, consulta 8).

Estamos face a um processo que reconfigura o doente em objecto de procedimentos e imposições médicas, e, simultaneamente, transfere a responsabilidade do tratamento e da evolução e controlo da patologia para o próprio doente.

Tal como na USF A e no CS, a maior parte das consultas da USF B termina com a prescrição de medicamentos, ou para o doente ou para familiares, repetindo-se os gestos dos doentes, que, quando se apercebem que a consulta está prestes a terminar, recorrem à mesma estratégia para obterem a receita. Silenciosamente começam a procurar, nas carteiras ou nos bolsos, os papelinhos com o nome comercial do medicamento. Os médicos incorporaram esta acção na consulta e perguntam apenas "quantas caixas quer?"

Ainda tal como na USF A e no CS também aqui os médicos são conhecedores da necessidade dos doentes "de falar", mas tal como os colegas queixam-se da falta de tempo. Uma médica reconhece que os doentes "precisam é de falar" mas a obrigatoriedade dos registos no sistema informático retira-lhe tempo e atenção visual ao doente. Atenção que os doentes reclamam, como diz:

“... às vezes estou aqui a escrever no computador e eles batem aqui na mesa e perguntam «senhora doutora já posso falar?», esperam que eu olhe para eles, que é assim que tem que ser, mas esta pressão de escrever tudo, dá cabo de mim” (dc-usfB, consulta 7).

A centralidade do sistema de contratualização no modelo organizativo USF tem repercussões em diversos níveis da estrutura organizacional, e está a reconfigurar a relação médico/doente, cada vez mais mediada pelo computador e pela obrigação dos "registos" informáticos. Se por um lado se re-enfatiza a importância da relação com o doente; por outro lado impõe-se regras organizacionais que se substituem aos valores profissionais (Calnan e Gabe, 2009). Como dizem os autores, estaremos face a um novo modelo médico-burocrático, que faz a mediação entre as *guidelines* e a performance dos indicadores e a prática da medicina, ou estaremos face a um "servidor público" que se submete aos valores do mercado para ir de encontro às necessidades dos doentes e do adequado cumprimento dos objectivos/indicadores?

"Esta pressão de escrever tudo", como diz esta médica, obriga o clínico a negligenciar o doente e a medicina biográfica. Balint continua a ser uma referência para a identidade dos profissionais e como abordagem metodológica à doença, mas estará a tornar-se marginal

nas práticas clínicas (Charles-Jones *et al* 2003).

Este movimento de reconfiguração identitária provocada pelas exigências dos novos modelos de gestão está também a transformar as práticas clínicas em práticas biomédicas (Charles-Jones *et al* 2003; Calnan e Gabe, 2009). O discurso continua a centrar-se na relação médico/doente como o aspecto mais importante da clínica geral. Contudo, surge agora um novo tipo de encontro. O médico foi reconfigurado não como um agente livre ou criterioso, mas como um consultor médico, um sujeito disciplinado, que examina o paciente. O médico é identificado *na e pela* tecnologia da eficiência e transparência – o computador e a auditoria. E o paciente é reconfigurado como um objecto ao serviço da gestão clínica.

5. A enfermagem em USF

Na USF A, os enfermeiros adoptaram como metodologia de distribuição de doentes o critério de "enfermeiro por área geográfica", que consiste em dividir a área de abrangência da USF pelo número de enfermeiros e afectar os residentes de cada parcela do território (normalmente a freguesia) a cada um, como explica uma enfermeira.

"Nós estamos a trabalhar por área geográfica, somos enfermeiros de família na área geográfica, por exemplo, pegando no dia de hoje, eu venho, depois tenho as valências juntamente com o médico que é as consultas de saúde infantil, saúde familiar e saúde materna, em que já estão agendadas por área geográfica e naquela hora eu vou para a sala, que é uma sala de intercâmbio com o médico, onde eu faço atendimento nessas consultas, depois, nós temos horários, depois venho tenho um horário para estar na sala de tratamento (...) a área é aleatória. Eu fiquei com X, depois de X nós fomos contar as famílias e tinha... por exemplo X é uma área muito densa, eu tinha muita família, então depois pegamos num mapa fomos ver as ruas mais perto de y e a colega tinha menos, para dar algumas famílias, passar para a colega de y" (E5 – Enf USFA).

Como já vimos no ponto anterior, a mudança mais significativa identificada pela enfermagem com a passagem do CS para a USF foi a forma de organizar as rotinas e o quotidiano de trabalho. E, de facto, o conteúdo das funções não se alterou significativamente. Na USF continua a ser preponderante a vertente curativa (sobretudo pensos e injectáveis), mas acrescentaram-se as consultas de enfermagem que não eram

realizadas no CS e as já referidas consultas conjuntas, como se pode constatar nos testemunhos desta enfermeira:

- "...além das actividades de enfermagem propriamente ditas, que envolvem as consultas de saúde infantil, as consultas de hipertensos, diabéticos... É assim, desenvolve-se em várias vertentes, uma em funções que são interdependentes com a equipa médica que é as consultas de saúde infantil, algumas consultas de diabéticos e hipertensos, são feitas, não é conjunto, mas umas seguidas a outras. Tenta-se apanhar o utente cá para fazer a consulta de enfermagem e a consulta médica. Saúde infantil, já disse, em que se aproveita também para fazer a nossa avaliação na consulta de enfermagem e depois existe a parte domicílios, em que tratamos essencialmente os doentes que estão dependentes, com algum tipo de patologia e também fazemos a prevenção no domicílio e, depois, temos a parte da sala de tratamentos. Como eu disse, há duas partes que é uma que está relacionada com os médicos, que é a parte de saúde infantil, os diabéticos e hipertensos, e outra, autónoma, que é a parte dos domicílios e todo o trabalho que se faz aqui, em termos de pensos, de sala de tratamento, de injectáveis, e as nossas consultas específicas com diabéticos, hipertensos e outros grupos de risco" (E7 – Enf USFA).

Nas designadas consultas "conjuntas", que na realidade são separadas, o enfermeiro faz a avaliação de um conjunto de parâmetros clínicos, variáveis consoante o tipo de consulta. Por exemplo, numa consulta de saúde materna, é efectuada uma análise à urina, é pesada e medida a tensão arterial, e depois a utente é encaminhada para a consulta de MGF. No caso de uma consulta de saúde infantil, a criança é medida e pesada, o enfermeiro faz o exame visual à saúde bucal e dentária, o rastreio ocular e, de seguida, é encaminha-a para a consulta de MGF.

Os actos de enfermagem decorrem frequentemente sem o respeito pela privacidade do doente. As portas dos gabinetes estão muitas vezes abertas, quase sempre entreabertas, a consulta é interrompida pelos colegas, sem baterem previamente à porta, num tal à-vontade que os gestos denotam suficiente grau de rotinização para se confundirem com casualidade. O território é do enfermeiro, não do doente, e portanto este entra e sai, conversando com o colega, não com o doente, remetendo este para uma quase não-existência.

O corredor onde se localizam os gabinetes de enfermagem dispõe as salas uma em frente à outra, e os enfermeiros parecem andar num permanente vaivém de entra num gabinete, sai, entra noutro, sai, entra noutro, sem se perceber muito bem qual a razão de tanta

mobilidade: ou vão buscar material, ou falar com o colega. Mais parece faltar-lhes sempre qualquer coisa que os retenha junto do doente. Nestas ausências do "seu" gabinete o doente fica suspenso, e aguarda que o enfermeiro regresse. O seguinte caso, de uma consulta de planeamento familiar ilustra bem esta prática:

"A consulta seguinte decorre igualmente de porta aberta. A senhora é questionada sobre o ciclo menstrual, as irregularidades, os dias de pausa do anticoncepcional, os esquecimentos, entre outros aspectos, todos do foro íntimo. No corredor passam administrativas e auxiliares. O enfermeiro-chefe do CS abeira-se da porta para perguntar se há *Brufen*, enquanto a enfermeira se levanta para ir buscar, a outra sala, duas caixas de *Minulet*. Ao lado é a sala de tratamentos, para onde a enfermeira também se desloca. Lá dentro os doentes são tratados, igualmente de porta aberta. Os que estão deitados na marquesa são protegidos por uma cortina translúcida. Do corredor vê-se a sombra dos corpos deitados" (dc-USFA).

O trabalho do enfermeiro em USF é igualmente registado nos sistemas informáticos, tal como os actos médicos, através do programa SINUS (Sistema de Informação Nas Unidades de Saúde), um programa que

"«... permite o acesso a muita informação do médico de família, mas não a toda.» A enfermeira dá exemplos: acede aos resultados das análises, mas não da citologia, acede à medicação, mas não a toda, só àquela que é fornecida pela enfermagem. Não tem acesso a qualquer informação do hospital. Ou seja não é um processo do doente onde conste a sua utilização dos serviços hospitalares" (dc-usf A).

Na USF B os gabinetes de enfermagem estão dispostos em fileira, uns em frente aos outros, todos no mesmo corredor, mas a configuração espacial do edifício coloca enfermeiros "em baixo" e médicos "em cima", o que no entender destes profissionais dificulta a proximidade com o médico. Aqui, embora também seja frequente o enfermeiro passar de um gabinete para outro, regra geral para ir buscar material, as portas dos gabinetes tendem a estar fechadas ou entreabertas. Pontualmente, há um enfermeiro com a porta escancarada, mas na generalidade da observação que fizemos a privacidade ou era respeitada ou semi-respeitada na porta semi-aberta.

O serviço recebe alunos, estagiários do curso de enfermagem. Nos casos em que o aluno de enfermagem está presente, o doente transforma-se em objecto para dois: responde às questões do enfermeiro e oferece-se às intervenções do estagiário que se ocupa da

aferição dos parâmetros orgânicos ou da aplicação do injectável ou da vacina. Como se pode ver neste caso:

"Vou assistir à consulta de enfermagem da saúde materna. Trata-se de uma senhora grávida de 11 semanas. Falo com o enfermeiro, ele consente de imediato que eu assista, não informa a senhora sobre a minha presença nem de uma estagiária, aluna de enfermagem, que também participa na consulta. Questiono-me sobre o desconforto daquela senhora, de 22 anos, sentada num pequeno gabinete, com um enfermeiro à frente dela, que a questiona sobre a sua intimidade, uma estagiária e eu própria sentada um pouco mais atrás. A consulta consiste no preenchimento do boletim da gravidez. O enfermeiro questiona a senhora sobre o dia da última menstruação, se tem outros filhos, se tem gémeos na família, qual o seu grupo sanguíneo e o do pai da futura criança, se tem diabetes ou outras doenças na família, se fuma e se bebe. De seguida a senhora é pesada, medida e é-lhe pedido que recolha uma urina, o que é feito pela aluna de enfermagem" (dc-usf B)

As consultas conjuntas processam-se em moldes muito semelhantes aos já descritos para a USF A, com a particularidade de que aqui o doente depois de ser consultado pelo enfermeiro tem que subir as escadas para ir para a consulta do médico, às vezes para este lhe fazer as mesmas perguntas e recomendações que o enfermeiro já lhe havia colocado. A delegação da triagem para a enfermagem remete o enfermeiro para uma zona de indeterminação (e muitas vezes de sobreposição) e o médico mantém a sua posição de dominação nas relações profissionais (Charles-Jones *et al*, 2003).

A componente de tratamentos ocupa uma parte substancial do trabalho dos enfermeiros. Nessas actividades, negligencia-se o "cuidar" e reforça-se o carácter técnico das intervenções, claramente inscritas no vector "tratar", como se pode ver no seguinte excerto colhido a partir da observação directa:

"Tem um doente para tirar pontos, que se localizam na zona púbica, pouco acima e ao lado do pénis. O doente deita-se a enfermeira tira os "agrafos". O doente queixa-se com as dores. A enfermeira permanece indiferente. Quando termina pergunta «onde é que o senhor foi operado?» «Na Prelada», responde o doente. «Foi um bom sapateiro!», comenta a enfermeira. O doente espreita e fica aterrorizado. «Ehei... como isso está!». A enfermeira: «foi um rico sapateiro, foi o que foi! Em vez de unir, sobrepôs a pele e agora sobra aqui este bocado». E sossega-o: «mas isto vai ficar bem. Ponha nívea e massaje que isso vai ao sítio.» O doente levanta-se da marquesa, e diz «estou-me a sentir mal» e desmaia. Ajudo a enfermeira a deitá-lo na marquesa. E ela, com toda a calma, dá um tempo, o doente recupera os sentidos e a enfermeira: «então sr. Joaquim? não o quero aqui"!» Um pouco depois, o doente levanta-se e volta a entrar em lipotimia. Deita-se outra vez e a

enfermeira chama o acompanhante pelo intercomunicador. Ninguém aparece. Vou eu à sala de espera chamar. O acompanhante é um imigrante em França, dois anéis, uma pulseira e um fio de ouro. À beira do doente diz-se valente, já foi operado, andou na guerra, nada o assusta. Enquanto o Sr. Joaquim recupera, a enfermeira vai ao gabinete do lado dar uma injeção. Aparentemente restabelecido, o doente sai e a enfermeira comenta «sabe o que é isto? eles fazem 10, 15, 20 cirurgias, tudo numa tarde e depois fazem este serviço assim» (dc-usf B).

A enfermagem rejeita a visão dicotómica do *tratar/cuidar* e alicerça a identidade profissional no arco do cuidar, principal elemento de diferenciação dos outros grupos profissionais. Nesse arco do cuidar está subjacente a abordagem global da pessoa (Lopes, 2001) e a intervenção centrada no doente, não na doença. Este discurso, nascido da ideologia do cuidar por oposição ao tratar, dos valores de compreender o doente e todas as suas circunstâncias e a importância das relações emocionais instalou-se no interior da profissão como marca identitária e demarcador do território profissional. Contudo, o *habitus* profissional reflecte o hiato entre as práticas rotinizadas e as ideologias professadas.

6. Considerações sociológicas sobre a Unidade de Saúde Familiar

Em Portugal são raros os estudos sociológicos sobre os CSP e, tanto quanto sabemos, são inexistentes sobre as USF e a reforma em curso. Facto que nos coloca numa posição de evidente fragilidade bibliográfica e nos confronta com a ausência de pensamento sociológico já produzido sobre estas unidades de cuidados de saúde. Existem, contudo, alguns estudos sobre o funcionamento das USF e a satisfação de profissionais e doentes, realizados pela MCSP ou por esta encomendados a centros de investigação.

Não questionando o rigor científico, não podemos deixar de sublinhar que são investigações com evidente ligação ao principal órgão responsável pelo processo da reforma. Dito isto, refira-se que algumas das dimensões por nós aqui identificadas nas duas USF como constituintes da mudança, constam igualmente desses estudos já realizados. Fazemos-lhes uma breve referência para um enquadramento dos *retratos* já produzidos sobre a USF.

Em 2008 foi realizado o primeiro estudo sobre as novas unidades de cuidados primários,

intitulado "Sucessos e Problemas das Unidades de Saúde Familiar, um Estudo Qualitativo" (MCSP, 2008a). Como decorre do título, este estudo tinha por objectivo identificar sucessos e problemas das USF, estabelecendo o mapeamento regional da sua localização. Para tal, foi utilizada uma metodologia qualitativa com recurso à técnica de "grupo nominal". Participaram no estudo 210 elementos de 73 USF, das cinco regiões de saúde do continente.

Os problemas identificados foram: os recursos humanos, referidos principalmente por enfermeiros e administrativos; a formação, decorrente da impreparação dos profissionais para o trabalho em equipa; os sistemas de informação, mencionados simultaneamente como representando significativas melhorias e conservando-se como um problema; a comunicação intersectorial, nomeadamente entre as USF e as estruturas intermédias; os incentivos; e as deficiências de recursos e instalações.

Já como sucessos, foram mencionados: a acessibilidade ao médico e à consulta; a autonomia, salientada particularmente por administrativos e enfermeiros; o trabalho em equipa; a satisfação e motivação profissional; e os sistemas de informação.

Os administrativos salientam o espírito de equipa, a autonomia organizacional, o aumento de acessibilidade, a motivação e o trabalho por objectivos. Os enfermeiros referem igualmente a acessibilidade, a satisfação profissional, a autonomia profissional, a figura do enfermeiro de família, o trabalho em equipa e a reorganização do trabalho. Os médicos também referem a autonomia, a satisfação profissional e o trabalho em equipa (MCSP, 2008a).

Uma outra pesquisa (Ferreira e Antunes, 2009)⁶⁷, realizada pelo Centro de Estudos e Investigação em Saúde e inserida no Projecto Europep⁶⁸, consistiu na realização de um censo por um dia aos utilizadores de 146 USF, num total de 12713 respostas. Os indicadores Europep utilizados foram: a relação e comunicação; a avaliação dos cuidados

⁶⁷ Este estudo virá a ser objecto de outra publicação em 2010 por Ferreira *et al*, 2010. Utilizaremos as fontes Ferreira e Antunes, 2009, OPSS, 2010 e Ferreira *et al*, 2010.

⁶⁸ O Projecto Europep iniciou-se em 1995, com a formação de um grupo de investigadores de 10 países (incluindo Portugal), com o objectivo de criar uma medida da satisfação dos utilizadores dos CSP (Ferreira *et al*, 2010, 21-22). Construiu um instrumento de 23 itens, internacionalmente validado, para avaliação da evolução da saúde. Tem sido utilizado em cerca de 20 países.

médicos; a informação e o apoio recebidos; a continuidade e cooperação com outros níveis de cuidados; e a organização dos serviços. Foram ainda utilizados outros itens para avaliar a satisfação dos utilizadores face a: oferta de outros serviços; resposta às necessidades; recursos humanos e instalações (Ferreira e Antunes, 2009 e OPSS, 2010). Complementarmente, foi aplicado um inquérito, através da internet, aos profissionais das USF em estudo, sobre a satisfação com o local de trabalho; satisfação por trabalhar numa organização que presta cuidados de qualidade; e satisfação por trabalhar numa organização empenhada na melhoria contínua (OPSS, 2010, 47).

Os resultados dos utilizadores mostram níveis consideráveis de satisfação, quer em relação aos indicadores Europep, quer em relação à satisfação global com a USF. No que diz respeito à satisfação dos profissionais, foram igualmente identificados níveis significativos de satisfação, quer com a qualidade dos serviços prestados, quer em relação à melhoria contínua da qualidade, evidenciando-se apenas valores mais baixos (56,0%) de satisfação com os recursos tecnológicos e financeiros e, dentro destes, um défice de satisfação em relação ao vencimento (OPSS, 2010).

Foram ainda analisadas as opiniões e atitudes dos utilizadores, tendo os resultados dado origem a "surpresas agradáveis" e "surpresas desagradáveis". Nas primeiras é referido o agrado o médico, a enfermagem, o pessoal administrativo, as dimensões relacional, técnica, material e organizacional. Das segundas consta o descontentamento relativo aos profissionais, ao atendimento e às consultas, e, igualmente, às dimensões relacional, técnica, material e organizacional. Esta visão dicotómica sobre o agrado/desagrado dos utilizadores não produzirá, por certo, uma boa compreensão sociológica dos sentires dos doentes sobre a USF (Ferreira *et al*, 2010, 64 – 73).

O Relatório da Primavera (OPSS, 2010, 49) e Ferreira *et al* (2010, 76) concluem que:

"o caminho percorrido pelos cuidados de saúde primários, desde os tempos longínquos dos últimos cinco anos do século passado, dos centros de saúde de terceira geração ao dos Regimes Remuneratórios Experimentais até aos tempos de hoje com as USF e os ACES, mesmo com alguns recuos e paragens pelo caminho, parecem demonstrar que, quer os profissionais quer os utilizadores, podem beneficiar sempre que é dado àqueles a oportunidade de reestruturarem as suas

práticas e de se organizarem para acrescentarem valor à prestação de cuidados."⁶⁹

A investigação que realizámos coloca o enfoque sobre a mudança (podendo esta traduzir-se em sucessos ou não). Não pretendendo desenvolver qualquer exercício de comparabilidade com os estudos citados e sublinhando que não se procura nenhuma extrapolação de caracterização sociológica das USF, há dimensões da mudança nos referidos estudos (ora designadas de "sucessos" ora de "satisfação") que foram igualmente identificadas por nós. Mas há outras tantas que aqui emergiram como perplexidades, contradições e inadequações face a medidas que parecem ter sido talhadas em lugares distantes da realidade. E há ainda um claro traço de continuidade e permanência de práticas profissionais já identificadas no CS que não constam dos estudos acima citados.

As USF A e B apresentam percursos organizacionais distintos, foram originadas por razões diversas e por profissionais com motivações diferentes. Contudo, uma e outra destacam a maior acessibilidade dos doentes, a maior autonomia e as vantagens na gestão e estruturação do trabalho do novo modelo organizacional. Parecendo inegável que as USF facilitam o acesso dos utilizadores aos serviços e aos profissionais, através de canais de comunicação mais rápidos, como o telefone e a internet, o novo modelo organizacional gera questionáveis ganhos de autonomia profissional, na acepção clássica das teses do profissionalismo. Os profissionais não controlam o trabalho de forma independente – uma vez que a actividade diária é exercida sob o directo controlo das regras administrativamente definidas. A estrutura de coordenação é essencialmente burocrática e elabora todas as regras de organização do trabalho, cuja aplicação monitoriza através de um sistema permanente de *vigilância* informática, reduzindo, inexoravelmente, o grau de liberdade e de auto-determinação dos profissionais. Estes, por sua vez, transformam-se em trabalhadores manuais de registos constantes sobre o que fazem, o que fizeram e como fizeram, num primado de obediência às regras racional e burocraticamente definidas. Até que ponto o modelo USF não se constituirá numa forma de proletarização de médicos e enfermeiros?

A rigidez das regras e a obrigatoriedade do seu escrupuloso cumprimento altera ainda a importância do conhecimento científico e o papel do médico *expert*. Por força do

⁶⁹ Este parágrafo consta textualmente das duas fontes citadas.

cumprimento das regras burocráticas, algumas das decisões exclusivas dos médicos, transferem-se agora para os administrativos, como os próprios referem:

"nós perguntamos há quanto tempo teve [consulta], há médicos que têm os doentes muito bem controladinhos, há outros médicos que são muito mais despassarados e até lhes passa, os doentes que são um bocadinho mais preguiçosos, o médico passa-lhe e nós «então há quanto tempo não vem à consulta? Tem que marcar, tem que vir», pronto..." (E4 – Adm USFB)

Sendo certo que a USF reproduz formas de diferenciação simbólica dos grupos profissionais idênticas às do CS, poderá, simultaneamente, e sob um aparente reforço ou conquista de autonomia profissional, estar a gerar mecanismos de redução dessa mesma autonomia.

Relembremos a terceira hipótese colocada: Os novos modelos organizativos produzirão um reforço das normas burocráticas e da regulação estatal, diluindo para níveis residuais o recurso às regras profissionais? Ou seja, estamos face a processos de desprofissionalização ou de proletarização das profissões? Verificam-se processos de re-hierarquização interna motivados pelas novas formas de gestão?

Situamo-nos agora no ângulo de análise relevante para a compreensão sociológica das mudanças já concretizadas e das que ainda estão em curso. Estamos no âmbito de mudanças estruturais, cujo alcance ainda não pode ser antevisto (Calnan e Gabe, 2009), mas com efeitos evidentes na hierarquia das profissões, no conteúdo do trabalho, nas regras profissionais e na divisão social do trabalho. Repegando novamente a problematização desenvolvida no quadro teórico a propósito das teses do profissionalismo e das novas perspectivas em torno dos conceitos de proletarização e desprofissionalização, é agora possível enquadrar a discussão por elementos empíricos e incluir novos ângulos de análise.

O estudo de Carapinheiro (1993), realizado no hospital, veio mostrar a particular posição da profissão da medicina. Posição essa que assentava num saber-poder exclusivo destes profissionais, e capaz de produzir uma autonomia profissional e capacidade de auto-regulação, que não tinha paralelo nas restantes categorias profissionais, concluindo a autora pela existência de uma dupla linha de autoridade, para a qual concorrem as regras burocráticas e profissionais. Em síntese, são estes os elementos nucleares às teses do

profissionalismo.

Nos últimos anos a discussão tem-se focado em interrogações como: estaremos face ao fim do profissionalismo? Estará a ocorrer uma *extensão* da autonomia? Ou estamos face a uma preservação do poder médico? Ou de declínio profissional (Coburn, 2006; Annandale, 1999)? Questões estas agora enquadradas pelas novas formas de gestão dos serviços de saúde públicos – a nova gestão pública – associadas a regras burocráticas e burocratizantes da actividade dos profissionais (Gabe *et al*, 1994; Gabe e Calnan, 2009; Barnett *et al*, 1998; Southen e Braithwait, 1998; Armstrong, 2002; Coburn, 2006, Broom, 2006; Wills, 2006; Long *et al*, 2006). Como dissemos no quadro teórico, quando colocamos estas questões em discussão, não foi ainda produzida substância teórica suficiente que nos permita afirmar que estamos a assistir a uma passagem do profissionalismo para a desprofissionalização e/ou para proletarização.

A introdução da USF e do sistema de contratualização por indicadores transforma a actividade dos profissionais (médicos e enfermeiros, em particular) que aponta para sinais de proletarização. Vejamos: o trabalho é regulado, na forma e no conteúdo, pelos indicadores contratualizados. As tarefas são fragmentadas e definidas pelos programas informáticos. Os ritmos de trabalho (de que os profissionais tanto se queixam, como ficou patente ao longo deste capítulo) são determinados pelas regras administrativas. Neste sentido, podemos dizer que se assiste a formas de proletarização das profissões da saúde a trabalhar em USF. Embora com intensidades e ritmos diferentes para médicos, enfermeiros e administrativos, todos estão subordinados às exigências do plano de contratualização assumido com os órgãos tutelares.

CAPÍTULO III – O CENTRO DE SAÚDE E A UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR ENQUANTO LUGARES PROFISSIONAIS

Introdução

O sistema de prestação de cuidados primários assenta em duas profissões nucleares a todo o sector: medicina e enfermagem. Detém, em muitos casos, o monopólio da produção directa de cuidados, como era o caso das unidades objecto deste estudo. A seu lado, a equipa administrativa desempenha também um papel primordial para assegurar o regular funcionamento da organização, mas diferencia-se dos primeiros por não participar directamente na prestação de cuidados. Esta posição de retaguarda na estrutura produtiva não lhes retira, contudo, importância. Executam funções vitais para o funcionamento do aparelho burocrático-administrativo. Estamos, portanto, face a um lugar de trabalho onde coexistem três categorias profissionais (coadjuvadas nalgumas tarefas por outros elementos, no caso em estudo, as auxiliares de acção médica, o motorista e uma técnica de serviço social).

Na análise que se segue privilegiamos, pela já referida importância na estrutura de produção dos cuidados, as duas principais categorias profissionais, a medicina e a enfermagem. Procura perceber-se das especificidades do exercício destas profissões no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) e das suas posições na estrutura geral dos cuidados de saúde. Uma e outra têm sido objecto de estudo em contexto hospitalar, uma realidade distinta, mas inseparável, pela própria concepção de sistema de saúde, do CS ou da USF. Esta teórica e concreta inseparabilidade dos dois sub-sistemas, criados para se constituírem como uma oferta de cuidados globalmente articulada, remete-nos permanentemente para o confronto entre as duas profissões nos cuidados primários e nos cuidados diferenciados. Mas esta era também uma pretensão assumida, já que se pressupunha que o médico de família e o enfermeiro do CS e USF assumiriam uma posição secundarizada em relação aos profissionais do hospital.

Pela raridade dos estudos existentes sobre os CSP, e porque neste estudo, embora empiricamente ausente, o hospital esteve sempre presente na utilização do referencial teórico que vem sendo construído pela sociologia da saúde, traçamos uma análise que tem sempre em pano de fundo a realidade do trabalho de enfermagem e da medicina na organização hospitalar.

Questionamos porque escolhem os profissionais os CSP? Como se projectam identitariamente para *dentro* e para *fora* os médicos e os enfermeiros? E como se retratam no universo mais vasto das restantes especialidades médicas e de enfermagem? O médico goza de efectiva auto-regulação? E, face ao doente, apresenta níveis consideráveis de capital carismático que lhe permitem reforçar os níveis de autonomia?

Lado a lado com estas questões, emergem dimensões de análise imprescindíveis para caracterizar a profissão de enfermagem: o projecto de profissionalização encetado com a obtenção de novas qualificações e o investimento no capital formativo (Witz, 1994) levaram a um processo de reconfiguração identitária e sócio-profissional (Lopes, 2001; Duarte *et al*, 2009). Como se manifestam estas alterações na enfermagem dos CSP? Alterou-se a sua posição na divisão social do trabalho no CS? Modificou-se a relação médico/enfermeiro? Essas mudanças resultaram num reforço da autonomia profissional? Alterou-se a natureza do conteúdo das funções?

Se estas questões são, cremos, de evidente relevância sociológica, as mudanças desencadeadas pela reforma e, especificamente, a criação das USF fizeram emergir novas questionamentos. A "nova gestão pública" introduz procedimentos e normas regulamentadoras importados do sector empresarial e estará a originar mudanças significativas nas estruturas e nas identidades profissionais. A análise que desenvolvemos nos capítulos anteriores deixou patente a mudança operada ao nível dos contextos organizacionais do trabalho e dos modelos de estruturação dos quotidianos profissionais, agora marcados por uma maior rigidez das regras e racionalização das práticas. Uma nova burocratização tentacular e empresarial, presidida por valores organizacionais poderá provocar um recuo dos valores profissionais (Calnan e Gabe, 2009; Charles-Jones *et al*, 2003), tornando os profissionais em meros executores de procedimentos definidos por entidades externas e por lógicas de puro economicismo e racionalismo.

Esta mudança produziu alterações na autonomia profissional, ampliando a sua posse e o seu uso? Ou restringiu-a? Os profissionais detêm mais domínio sobre o trabalho ou estão subordinados a uma apertada burocratização do processo produtivo? Reestruturou a hierarquia interna das profissões? Reconfigurou as identidades profissionais? Criou novas expectativas e projectou outros futuros profissionais?

1. O especialista e a especialidade de Medicina Geral e Familiar

A especialidade de MGF surge num contexto mais vasto de proliferação de ramos de repartição do conhecimento em áreas parcelares do saber dando origem a múltiplas especialidades e sub-especialidades que caracterizam a medicina e a ciência em geral. Os cuidados primários começaram a desenvolver-se num território médico "não ocupado" pelos médicos especialistas. Na segunda metade do século XX a especialização aumentou, o número de especialistas cresceu e estas actividades "residuais" começaram a ser designadas como cuidados primários, e desenvolveram-se cada vez mais até se tornarem uma especialidade (Boerma 2006, 7- 9). Ténicização e especialização transformaram as competências médicas e deram origem a novos segmentos profissionais autónomos – um campo de actividades pouco definidas, mesmo indefiníveis, ainda que provenientes da prática médica – o campo de medicina geral (Bungener e Baszanger, 2002).

Acontece, porém, que a especialidade de MGF comporta dentro de si o paradoxo do próprio conceito, já que se à especialização parece ter vindo a corresponder uma fragmentação do saber em ramos de aprofundamento, mas também de circunscrição de domínio científico, como se compatibiliza este objectivo com a globalidade do saber exigido e inerente à formação especializada em MGF?

Segundo a definição do EURACT (EURACT, 2005), os especialistas de MGF são especialistas responsáveis pela prestação de cuidados abrangentes e continuados a todas as pessoas, no contexto familiar, comunitário e cultural. Atendem a factores físicos, psicológicos, sociais, culturais e existenciais. Providenciam tratamento a problemas crónicos e agudos, promovem a saúde e previnem a doença. Estamos, portanto, face a uma definição que engloba no raio de actuação do médico de família todas as vertentes da

saúde e da doença, inscrita no modelo holístico, tomado simultaneamente como o marco diferenciador da especialidade e o traço ideológico, distintivo da imagem do médico hospitalar (Calnan e Gabe, 1991). Mas, será esta abrangência conceptual exequível na prática clínica? Ou, pelo contrário, remete o médico de família para um poli-especialista generalista, que ao saber de tudo, pouco sabe de cada domínio em particular?

O facto dos médicos de família serem formados e treinados numa vertente predominantemente hospitalar acrescenta ainda a questão da adequação do conhecimento obtido para o "trabalho em realidades multifacetadas, dificilmente convertíveis em «casos clínicos hospitalares»" (Carapinheiro e Hespanha, 1997, 11). Bungener e Baszanger (2002), a propósito da realidade francesa, onde a organização do sistema de saúde submete todos os médicos ao segmento mais prestigiado – especialistas hospitalares e professores –, excluem deste núcleo os generalistas. Socializados numa cultura de supremacia do hospital, aprendem o que podemos designar por "experiência da ilegitimidade (l'expérience de l'illégitimité), uma representação da identidade profissional por defeito que os remete para a periferia da instituição médica, com uma identidade diluída.

Por tudo isto, a medicina geral tende a ocupar um lugar de ambiguidade num universo médico fortemente especializado e a posição do médico de família reflecte múltiplos paradoxos (Bungener e Baszanger, 2002).

Em Inglaterra, na década de setenta, 25 anos após a introdução do National Health Service (NHS), os General Practitioner (GP) ganharam controlo sobre o seu trabalho e criaram um ambiente para o florescimento da profissão. Desenvolveram um corpo de conhecimentos específicos que os diferencia dos médicos hospitalares e começaram a ver o reconhecimento do seu estatuto profissional (Calnan e Gabe 1991). Porém, sublinham os autores, as aspirações dos GP continuam modeladas no âmbito da prática médica hospitalar, reflectindo a continuação do domínio da ideologia hospitalar.

Broclain (1994) fala de uma crise generalizada da medicina em França⁷⁰, sendo que são os médicos generalistas a fracção mais afectada. O autor questiona-se: o médico generalista, aquele que tem a tradicional imagem de proximidade, de disponibilidade e de contacto, mais relacional do que técnico, estará realmente em declínio?” (Broclain, 1994, 124). Sob o título “medicina geral, um estatuto cronicamente desvalorizado” Broclain enuncia um conjunto de factores e de circunstâncias que evidenciam essa crise: a degradação da imagem pública; um profundo sentimento de inquietude face ao desejado para a profissão e a situação concreta; a inadequação entre a função social que exercem e os meios de que dispõem; a desvalorização do trabalho (“reduzido a atestados médicos-administrativos”) (Broclain, 1994, 135 – 137). O autor conclui que a formação médica, a sua evolução em número de profissionais e a sua intervenção, na maioria das patologias, não tem sido acompanhada do reconhecimento das suas competências, nem do seu valor específico no âmbito das especialidades hospitalares.

A falta de prestígio social e o exercício da profissão num local distante dos centros de investigação, da produção do conhecimento e do arsenal tecnológico que se encontra no hospital têm gerado a preferência dos médicos por esta unidade em detrimento do CS e da especialidade de MGF, incapaz de exercer atracção suficiente para motivar à sua escolha. Esta tendência caracteriza a maioria dos países europeus e inscreve-se num âmbito mais lato da permanência de sistemas de saúde caracterizados pelo hospitalocentrismo.

Por exemplo, em Países Membros da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), o crescimento do número de médicos foi fortemente impulsionado pelo número de especialistas (cujo aumento de 1990 a 2005 foi de 50%), mas os médicos de clínica geral apresentaram um aumento de apenas 20% (OMS, 2008, 12).

Boerma e Dubois (2006, 29 e 30) traçam o mapa da clínica geral na Europa. Embora existindo variações significativas entre os 25 países considerados, não há grandes oscilações no número de médicos em CSP. Neste conjunto, Portugal é o único que apresenta uma diminuição da proporção de médicos de clínica geral por 1000 habitantes.

⁷⁰ Sublinha-se as diferenças sócio-históricas da profissão da medicina geral entre as realidades francesa e britânica. Desde logo, a sua existência histórica (em França, a sua origem data dos anos sessenta; no Reino Unido do final dos anos quarenta), bem como do contexto socio-político.

É certo que em Portugal o número de médicos especialistas em MGF tem vindo a aumentar ao longo das últimas duas décadas: de 275 em 1990 para 5160 em 2009 (INE, 2010, Pordata, 2010) Mas este incremento enquadra-se na tendência genérica de aumento de especialistas, comum às restantes especialidades médicas e não traduz uma preferência pela clínica geral nem pelos CSP, já que estes últimos tendem a ser preteridos em relação ao hospital (Baganha *et al*, s/d).

E embora não existam estudos em Portugal que nos permitam estabelecer um quadro caracterizador da adesão e motivação à especialidade de MGF, pode observar-se, a nível mundial, um declínio do interesse dos jovens médicos por esta especialidade (Gaspar, 2010).

Já em 2002 a Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral se mostrava preocupada com a capacidade atractiva do Internato de Clínica Geral para captar jovens médicos, e chamava a atenção para a evolução negativa do quantitativo de profissionais. Sendo que a maioria dos profissionais ingressou na carreira nos anos de 1982 e 1985, originar-se-á uma previsível concentração de pedidos de reforma e a consequente insuficiência destes profissionais, criando uma "situação crítica a partir de 2010 e insustentável a partir de 2015". Nesse mesmo documento, considera-se fundamental dar um salto qualitativo significativo no recrutamento para a carreira de medicina geral e familiar, que passaria pelo aumento do número de vagas do Internato Complementar de Medicina Geral e Familiar e das condições e capacidades formativas dos CS e a criação de incentivos para a prática de uma medicina "holística, centrada na pessoa e atenta aos seus contextos familiar e sócio-comunitário" (APMCG, 2002, 4).

Indo de encontro a estas preocupações da APMCG, é publicado, em 2004, o Decreto-Lei nº 203/2004, de 18 de Agosto, onde se redefine o regime jurídico do Internato Médico, extinguindo as duas vias de formação que estavam em vigor (o Internato Geral e o Internato Complementar, autónomas entre si, embora a frequência do Internato Complementar pressupusesse a aprovação no Internato Geral). Cria-se, assim, o Internato Médico único, com um período de formação inicial de um ano, designado de tronco comum que corresponde a um processo de formação inicial do internato médico, abrangendo todos os ramos de diferenciação profissional (Portaria nº 1499/2006, de 28 de Dezembro), e um período subsequente de formação específica. No primeiro ano são

atribuídos três meses de formação para a área de cuidados de saúde primários.

Dois anos depois deste diploma e tendo em conta a disposição transitória conferida ao período de formação inicial, é publicado o Decreto-Lei nº 60/2007, de 13 de Março, onde se reconhece que a experiência já colhida com a introdução do ano comum aconselha a que este se mantenha com carácter definitivo, impondo-se assim a obrigatoriedade de todos os internos adquirirem contacto formativo com diversas áreas médicas, incluindo os CSP, ausentes ou secundarizados nas preferências de muitos dos candidatos à formação especializada.

Em 2006 o Ministério da Saúde vem reconhecer a "carência notória" de médicos de MGF e a insuficiência de possibilidades de formação na especialidade, determinando que o número de vagas para MGF colocadas a concurso correspondesse a 20% do total de vagas a concurso e no ano seguinte (2007) o número de vagas para MGF corresponderia a 25% do total. No ano de 2010 foram colocadas a concurso 328 vagas para MGF, tendo-se obtido uma taxa de ocupação de 98%, com 323 internos colocados. Em 30/06/2010 o universo de médicos de família em funções no SNS era de 6361 (Ministério da Saúde, 2010b, 12).

Sobre esta evolução do número de internos em MGF o ex-Presidente da MCSP considera que:

"Nos últimos cinco anos a formação e abertura de vagas para os médicos de família, para o internato de medicina familiar, aumentou imenso, e por exemplo este ano bateu o record, ultrapassou os 30%. Embora há ainda quem pense que com 30% não conseguimos resolver o problema, portanto terá que ser mais" (E1, ex-Presidente MCSP).

Analisando os dispositivos legais que regulam o internato médico e a formação especializada, pode concluir-se que a tutela tem promovido quer o contacto dos médicos com os CSP e a MGF, quer a criação das condições administrativas (aumentando o número de vagas na especialidade de MGF) para a formação especializada em MGF de maior número de médicos. Contudo, e apesar do aumento moderado do número de especialistas, o número de médicos é insuficiente para dar respostas às necessidades da população.

A realidade actual da clínica geral caracteriza-se pelo envelhecimento no interior do grupo profissional, timidamente renovado por um número insuficiente de novos especialistas para as necessidades das populações. Isto porque tem havido uma generalizada falta de interesse pela especialidade de MGF (Gaspar, 2006). Além de que nas razões de escolha nem sempre impera a opção profissional. Impõe-se as expectativas pessoais, como a disponibilidade para a família, e o condicionamento da nota de acesso (Gaspar, 2010a). No entanto, a evolução do padrão de escolha parece estar a mudar, sendo agora mais elevada a percentagem de médicos que escolhe a MGF como primeira opção (Gaspar, 2010a, 355).

Feito este enquadramento, importa agora perceber porque optaram pela Medicina Geral e Familiar aqueles que agora são médicos de família?

1.1. Porque se opta pela Medicina Geral e Familiar?

No CS e na USF A⁷¹ a equipa médica, constituída por quatro elementos, todos a exercer a profissão há mais de 20 anos, optaram pela clínica geral como uma segunda escolha, motivada por razões de ordem pessoal, familiar ou por impossibilidade de considerar com sucesso a opção por outra área. Duas médicas assumem que gostariam de ter escolhido outra especialidade. Num caso, a não obtenção de vaga para ingressar em especialidades hospitalares e, no outro caso, a vontade de constituir família e a possibilidade de trabalhar em local próximo da residência, levaram uma médica a escolher (*a auto-determinar*) a MGF. Como bem ilustra a resposta que deu à pergunta *o que a levou a optar por clínica geral?*:

“queria casar, queria ter filhos, tive três e só não tive mais porque deixei de poder ter filhos, queria ficar perto de casa. Escolhi aqui e aqui fiquei (...) [Era Medicina Familiar que queria?] Não. Queria cirurgia. Ou outra especialidade qualquer, menos obstetrícia, que essa não gosto, (...) mas depois foi por razões de horário e de proximidade. Queria dar atenção aos meus filhos, e dei, sempre tive a casa cheia de crianças, as minhas e as dos outros” (dc-cs).

⁷¹ Porque a equipa médica do CS se transfere integralmente para a USF A, não se estabelece a distinção médico do CS/médico USF, dado que os sujeitos são os mesmos.

O receio de que a opção por uma especialidade hospitalar poderia provocar a separação física de um dos cônjuges de um casal de médicos e a lonjura de uma colocação afastada da área de residência condiciona as suas opções pela MGF. São, portanto, como diz o marido, razões práticas que determinaram a escolha da MGF para este casal, como se pode ver nas suas respostas:

— "Naquela altura, o factor mais importante, talvez o eu ter a certeza do local onde ficava. Uma questão prática. De localização (...) Imperou uma razão prática" (E9 – Med USFA).

— "Por um lado, e eu acho que foi o principal, por uma certa estabilidade, eu não queria ser colocada muito longe. Se entrasse numa especialidade hospitalar podia sair e um dia mais tarde ser colocada longe da minha área de residência; e por outro lado, pelo facto de eu e o meu marido estarmos na mesma profissão e, portanto, temos a mesma média e temos uma colocação no mesmo local" (E10 – Med USFA).

No caso destes três médicos⁷² da USF A as razões que os motivaram para o ingresso na especialidade são comuns: distância local de residência/local de trabalho-formação e compatibilização dos papéis familiares com os profissionais.

Na USF B a equipa médica, etariamente mais heterogénea, integra elementos que exercem a MGF há mais de 30 anos, desde 1978 (ainda antes da criação da especialidade) e outros, mais jovens, recentemente integrados na prática profissional. Mas as razões para a escolha da especialidade de MGF não diferem muito das mencionadas pelos médicos do CS e da USF A. São também factores de conveniência pessoal que determinam uma opção, que em boa verdade não o é. Trata-se mais de uma equação de ponderação entre as vantagens de horários de trabalho sem regime de turnos, mais facilmente conciliáveis com a vida conjugal e com o as exigências da maternidade, do que uma escolha. Uma médica assume-o claramente, embora enunciando razões aparentemente contraditórias:

"Optei, porque fui quase obrigada a optar [risos], não é que eu quisesse. Queria outra área, mas nessa altura os hospitais não estavam... não tinham médicos, portanto tirar outra especialidade era

⁷² Como já foi referido, a equipa era constituída por quatro médicos, mas a recusa de dois deles em acederem à realização da entrevista impossibilitou a recolha dos seus posicionamentos. No caso de uma médica, o testemunho foi colhido em conversa informal, utilizada na primeira fase da abordagem empírica para uma melhor compreensão da realidade e registada em diário de campo.

quase adiar três ou quatro anos a ida para o interior e como tinha uma média de curso que dava por aqui, relativamente perto, foi essa a opção. Depois, queria ser mãe, queria casar. Fazer noites, que é o que acontece no hospital que tem serviço nocturno, aqui não existe, há a possibilidade de fazer, mas é só até à meia-noite, durante a noite não há, e aos fins-de-semana não é 24 horas, nem é aquela carga pesada das especialidades hospitalares, e pronto, foi conciliar o que gosto com essa parte pessoal e daí a escolha. E foi mesmo uma escolha. Era o que eu queria e escolhi mesmo o que queria, não foi o que sobrou, como infelizmente acontece" (E16 – Med USFB).

Repare-se na forma como a sua resposta comporta posicionamentos antagónicos, começando por dizer que a opção foi quase uma obrigação, que não queria, para posteriormente enfatizar que se tratou, de facto, de uma escolha desejada, demarcando-se dos que ingressam na especialidade por um padrão de escolha por via das vagas sobrantes que parece "transformar a clínica geral num recurso para quem não consegue uma especialidade" (Gaspar, 2006, 134).

Outra médica alude à vontade de ser mãe e à previsível incompatibilidade do exercício maternidade/parentalidade com a irregularidade dos horários hospitalares, conjuntamente com o gosto pela medicina de família para justificar a escolha:

"Primeiro, eu penso que a medicina preventiva é a base dos cuidados de saúde (...) Depois, queria ser mãe, queria casar. Fazer noites, que é o que acontece no hospital que tem serviço nocturno, aqui não existe, há a possibilidade de fazer, mas é só até à meia-noite, durante a noite não há, e aos fins-de-semana não é 24 horas, nem é aquela carga pesada das especialidades hospitalares, e pronto, foi conciliar o que gosto com essa parte pessoal e daí a escolha, e foi mesmo uma escolha, era que eu queria e escolhi mesmo o que queria, não foi o que sobrou, como infelizmente acontece. (E16 – Med USFB)

Estes discursos transportam-nos necessariamente para a análise das questões do género na medicina em geral, e na clínica geral em particular, que à semelhança de tantas outras áreas está a sofrer um processo de feminização, mais acentuado nos escalões etários mais jovens (Martins *et al*, 2003b; Machado, 2003b). Mas o género em MGF assume particular relevância, quer pela importância estatística que detém, quer pela função condicionadora que exerce na escolha desta especialidade, já que o género, ao marcar a diferenciação feminino/masculino no desempenho dos papéis familiares, pode exercer pressão para a escolha de uma carreira que potencia as possibilidades de conjugação dos papéis familiares e profissionais.

Ainda que dissociadas das obrigações familiares, as razões *geográficas* (a fuga a uma deslocação para o interior do país e a incerteza do local de colocação) intervêm como condicionadoras da escolha de alguns médicos do sexo masculino, embora um deles saliente que tinha o "gosto" e a classificação para ingressar em especialidades hospitalares, mas o pragmatismo e o receio de ser colocado no interior do país, determinaram a escolha pela MGF, como se pode ver nos seus testemunhos:

— "Olhe, assim no imediato, se calhar... eu gostava muito de pediatria, andei na pediatria, mas depois fui para o serviço médico à periferia, depois fui para a tropa, depois... e comecei a minha vida e pensei assim: não, eu nunca mais me desenvencilho disto. E depois era assim: vou para pediatria, até tinha nota para ir para pediatria, mas depois fazer exame e onde é que eu vou parar? E se calhar ia para Freixo de Espingarda às Costas [trocadilho com Freixo de Espada à Cinta], ia mais cinco anos, seis anos adiar a minha vida, e depois? especialista em pediatria, vou aterrar aonde como especialista? Comecei a ver que era adiar a minha vida por muito, muito tempo e não estar assim muito disponível para isso. De maneira que, eu tinha boa nota na clínica geral e eu ia para onde queria. Foi. Depois de desenvencilhar da periferia e da tropa, acabei por escolher aqui o sítio" (E15 – Med USF).

— "Escolhi, porque pensei eu estou a adiar por três ou quatro anos a ida para Trás-os-Montes, e eu não quero ir para Trás-os-Montes, portanto tenho uma nota que me permite ficar aqui no Porto, prontos, vou ficar no Porto" (E14 – Med USFB).

O gosto por *esta* medicina, pela abrangência das diversas áreas do saber, pelo contacto com o doente e a *vocação* surgem como factores determinantes para a opção de três médicas. Como refere uma médica:

"Porque acho que é uma vocação a pessoa poder abarcar uma série de situações, as outras especialidades, acho, que estão muito mais limitadas a certas patologias" (E17 – Med USFB)

A perspectiva holística de abrangência global da doença e das doenças tem sido genericamente entendida como o vector de construção e solidificação da identidade do clínico geral e pode fornecer à profissão uma ideologia diferente (Calnan e Gabe, 1991). Ainda segundo os autores, é neste paradigma de medicina global que se encontram os factores que têm contribuído para o reconhecimento da profissão, ainda mais num contexto em que se assiste a um debate sobre a eficácia do uso da alta tecnologia em medicina, lado a lado com os elevados custos associados aos cuidados hospitalares.

Contudo, este traço, simultaneamente identitário e ideológico, surge nos discursos sempre mesclado por outros factores e interesses, quase nunca de forma bem definida nem assumida. Não preside às escolhas dos médicos pela especialidade, e quando é considerado, é-o secundária e subsidiariamente a outras razões bem mais concretas e úteis para a vida pessoal e familiar do sujeito. A escolha dos estudantes pela formação é uma mistura de selecção social, interesses pessoais, possibilidades acidentais e oportunidades (Mechanic, 1983).

Porque optam os clínicos gerais pela MGF? A maioria não optou. Ponderou, equacionou e apreciou factores circunstanciais de vida pessoal e familiar, de distâncias kilométricas e sociais, numa aritmética de vantagens e inconvenientes, cujo resultado matemático ditou o futuro profissional.

A identificação de factores influentes na opção pela MGF não visa a sua enunciação exaustiva, nem tão pouco se traduz num ângulo analítico de maior importância para este estudo. Inscreve-se num objectivo mais amplo de compreensão da condição da MGF no âmbito das especialidades médicas em geral. Ainda assim, sublinha-se o interesse sociológico desta questão, a raridade de estudos sobre o tema (e a sua inexistência no âmbito da sociologia portuguesa⁷³) e a utilidade para a compreensão da profissão de médico de família que adviria do conhecimento aprofundado das motivações para a escolha da especialidade de MGF.

No âmbito das publicações produzidas por autores, eles próprios médicos de família, refira-se que as questões do internato médico, especialidade e razões de opção têm constado das preocupações de alguns, como é o caso de Castro (2000), Outeirinho (2005) e Gaspar (2006 e 2010b) que se têm debruçado sobre as razões de opção pela especialidade e pela caracterização da população a frequentar o internato médico.

Castro (2000) desenvolve um estudo de metodologia quantitativa sobre os motivos invocados para a escolha de clínica geral a uma amostra de conveniência constituída por 299 médicos (mais tarde reduzida a 290) que ingressaram no Internato Complementar na

⁷³ Neste momento, está em curso, no âmbito de uma tese de doutoramento, uma investigação sobre o internato médico, de Nuno Santos Jorge, ISCTE, que poderá vir a constituir um importante contributo para a compreensão sociológica deste tema.

zona norte. Se as inevitáveis alterações ocorridas no decurso de uma década nos colocam sérias reservas quanto à utilização dos resultados, ao mesmo tempo, algumas das razões invocadas não deixam de nos surpreender pela actualidade que parecem manter ainda hoje, como é o caso da percentagem de respondentes (55,8%) que aponta a disponibilidade para a vida familiar, ou não ser obrigado a trabalhar fora do horário das 8 às 20h (36,9%), ou ainda a garantia de emprego (26,6%). A maioria (90,5% dos respondentes) aponta, todavia, a possibilidade de actuar na prevenção da doença e na promoção da saúde como razão de escolha, precisamente um dos factores que no nosso estudo não assume grande relevância no ordenamento das prioridades de formação.

Gaspar (2006) dando-se conta da inexistência de estudos que inventariem as razões de escolha da MGF, colheu as opiniões de colegas, embora, como afirma, sem relevância estatística, mas reveladoras daquilo que poderíamos designar por padrão de resposta que, sem sustentação empírica e científica, surge recorrentemente nos posicionamentos destes profissionais. Veja-se: são invocados aspectos como a necessidade de estabilidade profissional e a garantia de emprego, actividade clínica mais abrangente, mais tempo para a família e actividades extraprofissionais, entre outras (Gaspar, 2006, 134).

Gaspar (2010a e 2010b) face à opinião de que os médicos que optam pela especialidade de MGF fazem-no em segunda opção, devido à insuficiência da classificação obtida para o ingresso em especialidades hospitalares, realiza um estudo de metodologia quantitativa, inquirindo a totalidade dos clínicos (109 sujeitos) que optaram por MGF durante o ano de 2005. Neste ano, do total de vagas colocadas a concurso (356), foram preenchidas 228, numa percentagem de ocupação de 65,14%. Do estudo resulta um perfil do médico de família que opta em primeiro lugar pela especialidade de MGF (78, 9%), revelador de uma "inversão do padrão de escolha anteriormente comentado na literatura" (Gaspar, 2010a, 365), e com uma presença maioritária do sexo feminino (sobretudo nas idades mais jovens). A autora considera também que a opção por MGF se faz agora por motivações relacionadas com as características da especialidade e inerentes ao seu exercício.

2. Ser médico de família, no Centro de Saúde e na USF

Dissociada da medicina técnica e tecnológica, a MGF desenvolveu-se num campo teórico onde figuram como constituintes científicos nucleares a relação com o doente e sua abordagem global. Estes elementos funcionam como marca distintiva das restantes especialidades e ancoradouro identitário dos médicos de família, assumindo uma dupla função: são simultaneamente diferenciadores e identificadores. É na socialização profissional que se constroem formas identitárias que englobam a identidade social e profissional (Dubar, 1992)⁷⁴, sendo esta um processo em construção, as configurações identitárias são formas relativamente estáveis, mas sempre evolutivas. A sua construção implica uma imbricação profunda entre o processo pelo qual os actores sociais se integram em conjuntos mais vastos, de pertença ou de referência, com eles se fundindo tendencialmente (processo de identificação) e o processo através do qual tendem a autonomizar-se e a diferenciar-se, estabelecendo fronteiras e distâncias mais ou menos rígidas (processo de identização) (Pinto, 1991, 218).

Ora, no caso do médico de MGF, a trilogia *proximidade, globalidade, humanidade* instrumentaliza-se ao *serviço* da identificação profissional, pela fusão de cada um no Nós – os médicos de família – e da identização, ao promover a distinção dos médicos hospitalares. Este processo está bem patente nos discursos dos médicos do CS:

— "A maior valia relativamente às outras especialidades é o contacto com a realidade local, e com as famílias e com os doentes. A maior parte da medicina hospitalar é uma medicina impessoal, é uma medicina técnica, mas muito impessoal" (E9 – Med USFA).

— "Eu tenho sempre esta noção, não sei se será verdadeira, mas as outras especialidades, vêm muito a pessoa só naquele contexto daquele aparelho, daquela doença, e, portanto, nós temos que fazer o agrupamento e temos que integrar num todo, ela própria, e depois no ambiente onde ela vive" (E10 – Med USFA).

— "Pronto, no hospital não sabemos se o doente é casado, se tem filhos se não tem, nós sabemos só o problema que vai lá queixar-se e pronto, o doente tem alta e acabou. Aqui sabemos,

⁷⁴ O autor distingue os dois conceitos: identidade profissional que remete para os domínios do trabalho e da actividade económica e a identidade social para o estatuto social. A noção de "forma identitária" engloba estes dois aspectos (Dubar, 1992).

continuamos com o doente, sabemos se tem problemas familiares, o que é que se passa na verdade, para além de tratar também os problemas de saúde" (E15 – Med USF).

Estes depoimentos poderão enquadrar-se no perfil a que Baszanger (1983, 280) chamou de "médicos cuidadores", onde se incluem os médicos de família que dizem estabelecer uma relação de proximidade com os doentes. São o primeiro elo de ligação na cadeia dos cuidadores. Pela diversidade de patologias que podem encontrar são os médicos de todos e de tudo. A diversidade constitui a sua especialidade, mas as pessoas trazem para a consulta questões do dia-a-dia, o que não exige capacidades profissionais excepcionais. É todo um campo baptizado de psíquico, psicossomático, e psicológico, mas é também todo um campo mal definido. Ainda que precisem de um saber para interpretar os sintomas não precisam de grande elaboração para o diagnóstico, a função central para este grupo é ajudar, reconfortar, ser o confidente moral, dimensões que apelam a capacidades pessoais e não profissionais.

Este processo de identização é, simultaneamente, marcado por um desejo de separação/diferenciação e aproximação com o hospital. Como refere uma médica:

"Eu acho que vai haver cada vez mais um diálogo entre as outras especialidades e a nossa. Eu acho que é inevitável. Os colegas mais novos já têm outro olhar diferente para a MGF. E nós próprios, nós próprios, também já temos outro olhar e reivindicamos mais... o nosso valor, entre aspas, como especialidade... E eu acho que, pronto, vai havendo cada vez mais trocas de ideias... Hoje em dia também temos mais facilidade de comunicar entre nós. Quer dizer, pelo telefone, por mail, seja de que maneira for, vai funcionando mais, não é?" (E10 – Med USFA)

No inevitável paralelo com a medicina hospitalar, a MGF surge como uma "medicina igual às outras", mas marcada pela "diferença" de um estatuto de inferioridade, fruto de uma herança simbólica do tempo em que não era especialidade, ou, sendo-o, era o último recurso para prosseguir uma carreira médica, tendo-se originado uma hierarquização que remete a MGF para posições menores como bem ilustram as palavras de uma médica da USF B:

"Acabamos por emburrecer, desculpe a palavra, mas vamos perdendo... ficamos um bocado isolados aqui... Claro que há colegas muito bons e há aqueles que sobressaem já muito lá fora, mas a grande maioria de nós estagna um bocado, o que acontece lá também [no hospital] porque há

muita gente que... (...) E depois é aquela ideia «ah, esta não sabe», porque isto são anos, uma data de anos em que não havia especialidade, quem não dava para mais nada, vinha para aqui. E continua a ter uma carga pesada, quer nos colegas quer nos utentes" (E16 – Med USFB).

A reforçar o estatuto de menoridade da MGF são ainda aduzidos outros aspectos como as condições de trabalho (os hospitais "bem apetrechados"), a produção de investigação e revisão do conhecimento dos médicos do hospital; o âmbito indeterminado e a amplidão da intervenção do médico de família, e o *tipo* e a acessibilidade/proximidade dos doentes, como diz uma médica,

"Porque as pessoas deste lado são da primeira linha. A primeira linha é muito complicada porque não há grandes barreiras, tudo nos vem cá ter. E eles lá [no hospital] estão muito mais protegidos, o acesso é diferente, totalmente diferente no hospital do que aqui no CS, o que acarreta muito trabalho. É preciso muita disponibilidade. Estar aqui, o número de doentes, de pedidos, de diversidade muito grande. E a pessoa ou está aqui, como eu, muito para além do meu horário..." (E16 – Med USFB)

Sociologicamente relevante e socialmente reforçador da identidade *diminuída* do médico de família é o facto de também os médicos hospitalares reproduzirem a ideia do médico de família como profissional "desactivado" e "desactualizado", dada a sua distância dos meios de diagnóstico e tratamento actualmente disponíveis na medicina e concentrados no hospital (Carapinheiro e Hespanha, 1997, 74). Essa não-ratificação pelos *outros* do seu estatuto científico remete a profissão de MGF para um território profissional indefinido, onde o "faz tudo" e o "faz o que os outros não querem fazer" marca e demarca uma profissão *menor*, para onde os médicos do hospital *despejam* os doentes como se despejassem o indesejável para o *caixote do lixo*. Esta associação é feita por uma médica, ao dizer que:

"A MGF não é, mesmo para os colegas da... Esta senhora ainda agora [uma doente que lhe telefonou] falou com o especialista, que nós não somos, o especialista é do hospital, e mesmo eles [os médicos hospitalares], acham que nós somos o caixote do lixo, como eu digo, passa ao médico de família, o médico de família faz tudo. Topa a tudo!" (E14 – Med USFB)

Apesar do repetido enfoque das políticas nos CSP na importância de medicina familiar, quase quatro décadas após a sua criação, a MGF carece de reconhecimento social do seu

estatuto de especialidade por parte dos médicos hospitalares e dos doentes.

3. Reconfigurações e redefinições da Medicina Geral e Familiar

As mudanças nas políticas portuguesas para os cuidados de saúde primários inscrevem-se num contexto mais amplo de introdução generalizada de novas formas de organização e gestão do factor trabalho (extensíveis a vários países da Europa e aos cuidados hospitalares, com a chamada empresarialização e, mais tarde, os "hospitais SA"), com modelos produtivos de forte pendor economicista. No final do século XX os debates por toda a Europa focam-se na Nova Gestão Pública e a medicina foi submetida a um incrível crescimento de procedimentos por *guidlines*, vindo a desencadear uma sustentada redefinição e reconfiguração do domínio médico (Dent, 2006, 465)

Tal como dizem Calnan e Gabe (2009), as mudanças vieram do Estado com a introdução da nova gestão pública, associada a princípios de gestão pública e de gerencialismo nos cuidados de saúde. As regras organizacionais e os valores profissionais são redefinidos e transferidos para agentes externos à profissão (Calnan e Gabe, 2009; Dent, 2006). A actividade médica rege-se agora pela responsabilização (accountability) e pela gestão por *guidelines* em que o Estado determina o que deve ser feito (Calnan e Gabe, 2009) e os sistemas de contratualização impõe uma monitorização constante da produtividade e de níveis de qualidade, aferidos, também eles, por padrões de referência standardizados e informatizados. A introdução das novas tecnologias na monitorização aumentou o controlo do desempenho e a racionalização do trabalho médico (Annandale, 1999) e transferiu a regulação da actividade para entidades externas. Os indicadores utilizados são de cariz iminentemente biomédico impõe um desempenho biomedicamente orientado (Calnan e Gabe, 2009).

A nova gestão pública constitui o principal ataque para a autonomia e poder médico, agora subordinados às agências de regulação externa (Dent 2006, 458) e estará a produzir uma alteração da posição social do médico, cujo efeito na rehierarquização da profissão ainda não está bem definido (Calnan e Gabe, 2009; Dopson, 2009; Dent, 2006). Os estudos apontam para um claro declínio do poder e autonomia no micro-nível, mas ao nível macro poderá haver novas formas de autonomia e poder. Para alguns, as novas

formas de gestão impuseram mudanças que aceleraram a fragmentação do saber e dos actos médicos, mas, para outros, a reforma organizacional foi bem recebida e não representa uma ameaça ao profissionalismo e motivação (Calnan e Gabe, 2009).

Na realidade britânica, estudos recentes mostram que os clínicos abraçaram este gerencialismo, uns mais entusiasmados do que outros, e que se ampliou a re-estratificação do grupo de GP. É difícil concluir se estas mudanças provocaram alterações significativas na organização dos CSP bem como na auto-regulação dos médicos. Mas existe evidência do declínio da dominância ou, pelo menos, de que a clínica geral está a ser minada pelo gerencialismo e pela mercantilização da profissão. Se as novas formas de contratualização podem ser vistas como prejudiciais, isso também está a ser compensado pelo efeito positivo das compensações financeiras pela qualidade dos cuidados (Calnan e Gabe, 2009).

Esta posição de concordância e valorização das alterações introduzidas foi igualmente identificada por alguns dos médicos da USF B, reconhecendo que a atenção das políticas e das entidades tutelares são vistas como potencialmente capazes de produzir um reposicionamento da MGF e uma re-hierarquização das especialidades, ou, pelo menos, uma nova imagem social. Como refere um médico:

"Eu penso que o governo está a investir nos CSP e está a transmitir uma imagem para a população, que somos importantes e que somos credíveis. Já não se vê como se via antigamente: «olhe passe-me mas é o papel para ir para o hospital», muito pelo contrário, «não me mande para o hospital, eu sei que sou mais bem atendido, você conhece os meus problemas e eu prefiro estar aqui». São as pessoas que nos dizem isso, agora" (E17 – Med USFB).

Além dessa "nova" imagem social, reconhece-se a gratificação pessoal, as vantagens para o doente, lado a lado com a as queixas sobre a falta de tempo e o desconhecimento sobre a evolução do processo, remetendo-se o sucesso ou insucesso da reforma para o poder político:

— "E eu julgo que os benefícios são claros e evidentes. E hoje em dia, agora com as USF, eu acho que a rapaziada tem tudo o que quer. Às vezes esquecem-se um bocadinho e querem muito mais, querem tudo e mais alguma coisa, não têm limites. Mas no fundo, conhece a realidade daqui da nossa USF, o pessoal tem consulta quando quer e quando lhe apetece, fazemos as vontadinhas

todas, e acho que estão bem servidos. Para nós, acho que é gratificante. Há algumas coisinhas que não funcionam ainda muito bem, mas isto tende a melhorar, tá-se sempre a melhorar. É uma pressão muito grande, não temos tempo para muita coisa, mas sinto-me realizado" (E15 – Med USFB).

— "Ora, vai depender sempre do querer político, não é? Já houve mais assassinatos nestes anos [risos], ou alguns não conseguiram, ou até alguns que já foram... houve até alguns ministros criados para os assassinar, não é? Não conseguiram. Portanto, não sei. Neste momento, olhando para este modelo, tem pernas para andar, se houver médicos, nem que seja os chineses" (E9 – Med USFA).

As linhas orientadoras das políticas de saúde enfatizam a medicina centrada no doente e na qualidade dos cuidados. São oriundas de diferentes perspectivas teóricas, do holístico e das teorias do mercado que centram o produto no consumidor (Calnan e Gabe, 2009). Ironicamente, ao mesmo tempo que a nova gestão é justificada pelo tradicional moral do discurso centrado no paciente, impõe uma rigorosa temporização para os actos clínicos. E como toda a actividade está cronometrada, os médicos queixam-se que:

"Nem tempo para tomar um cafezinho, para falar com os doentes. Agora não. Agora é diga, diga, diga, diga, diga, diga, diga, diga, diga, diga, porque tenho num sei quantos lá fora!" (E14 – Med USFB)

É também por causa de uma nova ordem do uso do tempo, que a medicina dita centrada no doente, se desfoca deste – do tempo do sujeito-ser – para se centrar nos registos informáticos, dos quais depende a consecução dos indicadores e a obtenção ou manutenção da compensação monetária e dos incentivos institucionais. Por isso o doente, lateral ao foco de atenção do médico, que está direccionado para o computador, é insistentemente e vertiginosamente questionado, diga, diga, diga, diga... para que nesses dizeres rápidos do doente o médico possa preencher os campos de informação que os programas informáticos pré-definem e exigem. Identificados pelo diagnóstico biomédico, os aspectos psicológicos, sociais e culturais, tão importantes para esta medicina, são totalmente negligenciados. Embora continuem a ser o grande referencial, estão a tornar-se marginais (Charles-Jones *et al*, 2003) e incompatíveis com os novos modelos de organização.

Os registos informáticos são a grande preocupação do médico. Centrados e focados no computador, negligenciam a atenção que os doentes reclamam, como diz uma médica:

"Sabe o que é a pessoa estar aqui a pensar: já registei tudo?, não registei. O que é que me falta registar? E o doente «oh senhora doutora, posso falar, não incomodo isso?» [fala em surdina a simular os doentes]" (E14 – Med USFB).

Uma médica equaciona o que se ganha e o que se perde com a nova forma de trabalho:

"é evidente que na primeira fase, a gente não tem muito tempo para falar, estar a olhar cara-a-cara com o doente, porque tem que fazer os registos correctos, mas depois parece que tudo é beneficiado, depois, olho para o computador tenho acesso muito mais rápido a tudo o que pedi, aos problemas que o doente tem. Retira [atenção ao doente]. Numa primeira fase. E nós sentimos isso. Mesmo para nós não é muito agradável não falar e não ter aquele tempo que gostaria de ter para o utente. Mas também acreditamos que são importantes os registos, até para a gente seguir os protocolos, poder controlar aquelas consultas periódicas, ter um acesso imediato aos exames todos, às patologias, referências... Penso que numa primeira fase, a relação médico-utente fica prejudicada, mas na segunda fase já não" (E17 – Med USFB).

Outra médica encontrou estratégias proxémicas para posicionar o computador de forma a que este não se interponha como barreira física na relação com o doente. As posições ergonomicamente incorrectas estão a gerar-lhe consequências para a sua saúde, como diz:

"Se reparar eu nem tenho o computador à minha frente, está deste lado [do seu lado esquerdo] e já estou a sentir aqui na minha lombar. Essa preocupação em não cortar a comunicação, porque se eu me ponho assim, corto [exemplifica] eu estou sempre assim, de frente para a pessoa, estou sempre de frente" (E16 – Med USFB).

A MGF é, antes de tudo, preventiva. É precisamente o actual estatuto de medicina preventiva que marca a diferença entre a clínica geral do passado e do presente. A do passado é comparada à medicina que hoje se pratica na urgência, puramente curativa; a do presente espelha a evolução da profissão e é preventiva, como bem ilustra a apreciação feita por um médico:

"Da realidade daquela altura p'rá agora, não tem nada a ver uma coisa com a outra. A medicina que se fazia naquela altura era uma medicina puramente curativa. Era uma medicina de urgência, principalmente. Portanto era aquilo que se faz, hoje, na urgência. E era aquilo que se entendia do

clínico geral. Sem dúvida que trouxemos um espírito diferente. Preventivo. Vigilâncias dos grupos de risco. Que não era isso que se fazia. Portanto, aquela que fizemos e aquela que praticamos hoje está muito distante uma da outra. Embora seja muito difícil de dizer, porque estamos da parte de dentro, mas é melhor esta do que era aquela naquela altura" (E9 – Med USFA).

Allsop (2006) questiona de que forma os novos modelos de organização do trabalho afectam o poder médico? Em relação aos últimos anos tem havido uma mudança com a introdução de novas formas de controlo burocrático. Estes desenvolvimentos têm sido teorizados de diferentes maneiras: para alguns, estas mudanças têm sido interpretadas como desprofissionalização e proletarização; para outros, o corpo médico é suficientemente robusto e o poder continua a ser exercido de diferentes maneiras. Allsop diz que existe ampla evidência de que as fronteiras em torno da decisão médica estão mais permeáveis à influência dos gestores, nalguns casos dos advogados e dos grupos de consumidores. Em particular cresceu a regulação do estado e houve novas formas de subserviência aos custos do sistema.

Tousijn (2006) também considera que a nova gestão produz diferentes efeitos: da redução da autonomia e do uso do conhecimento, até ao facto dos gestores não poderem penetrar na "caixa negra" da autonomia médica. Surgem assim novos elementos para um novo contrato social e ideias para um novo paradigma com mais espaço para a subjectividade e para o multiprofissionalismo, e novas relações com novas disciplinas e profissões.

4. O enfermeiro e a enfermagem em Cuidados de Saúde Primários

A génese e o percurso sócio-profissional da enfermagem estão historicamente associados ao hospital e à medicina. A expansão do sistema hospitalar e a complexificação técnica dos cuidados de saúde, resultantes da institucionalização da medicina moderna impuseram novas exigências às religiosas e ao pessoal que assegurava o desempenho das funções indiferenciadas não médicas (Lopes, 2001, 25). É neste contexto que se desenvolve a reforma de Florence Nightingale e emerge a enfermagem enquanto grupo sócio-profissional na divisão social do trabalho, tradicionalmente em posições subalternas ao profissional médico e na dependência das suas decisões e delegações de trabalho. Ao longo desta trajectória, a formação escolarizada da enfermagem foi várias vezes

reformada, reestruturada e ampliada num processo recomposição profissional que tem feito requestionar a posição da enfermagem na divisão do trabalho e, conjuntamente com outros actores emergentes no campo do trabalho em saúde, o seu papel na construção de uma nova configuração das hierarquias organizacionais.

Annandale (1999) considera que nos últimos anos tem havido mais mudanças no ensino da enfermagem do que em muitas outras áreas de formação e a enfermagem especializada permite um conhecimento que tem conduzido a uma estratégia de profissionalização. Hoje, a fronteira entre medicina e enfermagem tem sido um foco de tensão e de reajustamentos na divisão social do trabalho. A tradicional separação entre *nursing work as care and medical work as treatment* está ofuscada, e as fronteiras estão mais diluídas. Por exemplo, nalguns sistemas de cuidados comunitários os enfermeiros podem prescrever de acordo com formulários. Os enfermeiros estão envolvidos nas mudanças directas e na renegociação dos tradicionais padrões de subordinação e reclamam por uma autonomia responsável. Será que na USF estes processos se verificam. Ou será que a USF os potencia?

Procuramos agora perceber o enfermeiro dos CSP, afastado que está do arsenal técnico e tecnológico do trabalho em cuidados diferenciados. Mas, repare-se que se por um lado se encontra distante da complexidade tecnológica do hospital, por outro lado, inscreve-se num domínio de grande proximidade ideológica com a nova matriz identitária de enfermagem. Ou seja, o paradigma teórico e ideológico dos CSP assenta no pilar da humanização dos cuidados, da proximidade, do holístico, num repetido apelo às capacidades relacionais e comunicacionais dos profissionais, médicos ou enfermeiros. Ora sendo "a noção do cuidar em enfermagem o operador central da estruturação da matriz ideológica" (Lopes, 2001, 165) da enfermagem, entendida como oponente à tecnicidade do *curar*, seria lógico pressupor que o CS exercesse elevada atractividade sobre os enfermeiros, tomando-o como local de trabalho preferido e escolhido. Contudo, a já referida posição de minoridade do CS afecta igualmente os enfermeiros e estes parecem ter uma preferência pelo hospital.

Tendo em conta que um dos objectivos desta investigação consiste em perceber as alterações introduzidas nos CSP com a criação das USF, procuramos apresentar uma análise individualizada da enfermagem em CS e em USF. Sublinha-se, no entanto, que

dada a já exposta transformação do CS em USF, a enfermagem do CS integra maioritariamente a equipa da USF. Assim, à época da realização das entrevistas, restavam apenas três enfermeiros em CS e nas condições já descritas de inexistência de funções. Ora, esta particular circunstância estará inevitavelmente espelhada nos discursos produzidos.

No caso da USF A, a equipa de enfermagem formou-se a partir dos enfermeiros que trabalhavam no CS. Na USF B, o grupo de enfermeiros proveio da extensão de saúde. Todos têm, portanto, em comum um passado de exercício da profissão em CSP. Ou seja, entre uns e outros existe um período de actividade profissional em contexto de CSP de *modelo tradicional*.

4.1. Ser enfermeiro no Centro de Saúde⁷⁵

Os enfermeiros do CS que não integraram a equipa da USF eram todos provenientes do hospital, tendo ali iniciado as carreiras profissionais. A entrada para o CS não acontece por opção. Ocorre em consequência de uma avaliação racional das vantagens e desvantagens para os domínios pessoal e familiar. Ou seja, à semelhança dos médicos, os enfermeiros não optam pelo CS, recorrem ao CS como um meio (uma via, um recurso) para compatibilizar a vida familiar com as exigências da vida profissional. Assim se conclui que o centro de saúde não detém primazia nas preferências dos enfermeiros.

Depois de alguns anos de exercício da profissão no CS, os três enfermeiros dizem-se "arrependidos" e se pudessem regressariam ao hospital. O enfermeiro-chefe, proveniente de um hospital central, questiona-se a si próprio sobre as razões porque veio para o CS, para dizer:

"Vim, nem sei como nem porquê. Agora cada vez me questiono mais, que nem sei porquê. Na altura a ideia era procurar partilhar – procurar saber, não era partilhar, que não partilhei nada – procurar saber o que já se fazia aqui na comunidade, trazer a formação que trazia do hospital e

⁷⁵ Dada a sua transformação em USF, onde se integra a maior parte da equipa de enfermagem do CS, considera-se agora apenas os enfermeiros que permaneceram no CS, visto que os restantes são objecto de atenção na enfermagem em USF.

colocar no terreno a formação para que as pessoas se sentissem melhor. Fazer a ligação hospital/comunidade" (E4 – CS Enf).

A exercer funções no CS há sete anos, sente-se "desmotivado" e "sem interesse". No momento em que o entrevistámos atravessava uma situação de indefinição profissional que também já abordámos no Capítulo I, talvez por isso, assume que está a ponderar:

Se calhar [vou] tentar outro serviço ou outra coisa qualquer. Outra profissão, outro tipo de interesse que não a área de enfermagem. Se pudesse ir para o hospital, voltava. Mas já tinha voltado, aliás. Aliás, no dia seguinte tinha voltado" (E4 – CS Enf).

Faz um balanço negativo da experiência de trabalho e no centro de saúde e conclui:

“antes tivesse partido uma perna logo no primeiro dia. No primeiro não, no segundo dia. Pensava que era uma coisa e é outra" (dc-cs).

A enfermagem hospitalar é descrita como "exigente", "profissionalizante", de "maior responsabilidade", com vantagens remuneratórias (provenientes dos subsídios de turnos), formativas, de trabalho em equipa, e onde o enfermeiro possui um estatuto de independência do trabalho do médico – "onde o enfermeiro não é empregado do médico" (dc-cs). No CS o enfermeiro não tem "competências específicas", não tem autonomia funcional, exerce funções essencialmente curativas, numa relação de subordinação com o médico. Para estes profissionais, que iniciaram as carreiras no hospital e *escolheram* (recorreram) o CS para coadunarem a vida profissional com a pessoal, a enfermagem hospitalar ocupa uma posição de supremacia técnica, profissional e simbólica.

A enfermagem hospitalar é descrita como:

“mais profissionalizante – tens os turnos, é outro regime de trabalho, tem exigências que aqui não tem, lidam com a morte diariamente. Lá não podes faltar, porque sabes que eu estou à tua espera, tens que me ir substituir. Aqui não, apetece-te faltar, faltas. Tens o marido doente, faltas, tens que ir levar as crianças, vais... Lá não! Não tem nada a ver, lá há trabalho em equipa, há exigência, há responsabilidade. Aqui não. Lá cumprem-se os horários, aqui há muita flexibilidade. Na área hospitalar há a satisfação de ver os resultados imediatos” (dc-cs).

Onde:

— "não havia subserviência, o enfermeiro não era empregado do médico, o enfermeiro não tem que tapar os buracos do médico, o enfermeiro tem as suas funções, o médico tem as suas funções e cada um faz as suas e há as interdisciplinares. (E2 – CS Enf)

— "Cada um tem a sua competência, mas havia confiança, havia solidariedade, havia inter-ajuda. Havia trabalho de equipa. Trabalhávamos sempre em equipa" (E2 – CS Enf).

A enfermagem do CS:

— "não tem competências específicas, existem os estatutos dos médicos... Há muito facilitismo, há acomodação, só a vertente curativa... é muito redutor (dc-cs).

— "(...) não se trabalha [em equipa]. Aqui nos CSP há o enfermeiro, há o médico, cada um tem o seu trabalho, tem actividades distintas..." (E2 – CS Enf)

" (...) a própria hierarquia de enfermagem é subjugada pela hierarquia médica" (E2 – CS Enf).

"[o enfermeiro é o que] tem que tapar os buracos do médico. O enfermeiro é pau para toda a colher, o enfermeiro tem que deixar de fazer as coisas dele para fazer coisas que compete, se calhar, aos médicos" (E2 – CS Enf).

— 2[é tratada] por menina, já disse aos médicos que não é menina, é enfermeira, até o segurança a trata por menina, não está habituada a nada disso² (dc-cs).

No estudo de Carapinheiro e Hespanha (1997, 92) foram encontradas duas modalidades típicas de discurso que modelam a imagem desvalorizada da enfermagem realizada nos CS. Na primeira modalidade são atribuídos epítetos desqualificadores que se articulam com as características depreciativas com que se faz referência às «coisinhas» que lá se fazem ou aos conhecimentos dos mesmos doentes que lá acontecem, marcando a diferenciação implícita na imprevisibilidade das situações de emergência com doentes estranhos e a indiferenciação subentendida nas situações de rotina com doentes domésticos. A segunda modalidade de distinção estabelece-se a partir dos actos de enfermagem que exigem condições técnicas e tecnológicas que não existem nos CS e que conferem ao trabalho aí realizado o estigma da precariedade e da vulnerabilização.

Entre o trabalho no hospital e no CS, uma enfermeira aconselha:

"...neste momento digo mesmo que é melhor ficar no hospital. Porque as coisas estão mais organizadas e as enfermeiras podem, nos serviços de pediatria, estou agora a falar como especialista, podem desenvolver lá trabalho que aqui não podem, porque pelos vistos, não estão interessados" (E3 – CS Enf).

Voltamos a sublinhar que estes enfermeiros atravessam um período muito particular nas suas carreiras, já que ao não integrarem a USF ficaram remetidos a uma inexistência de funções e de horizonte profissional. Contudo, confrontando as imagens recolhidas em observação, transversal a todas as fases do CS, e as obtidas no momento da entrevista, realizadas já em pelo funcionamento da USF, não se evidenciam alterações significativas, o que nos leva a concluir, que, embora a sua exclusão da USF possa acentuar o favoritismo do hospital e carregar o futuro profissional de incerteza e inquietude, a desvalorização do CS está para além de qualquer variável contextual: pré-existe à USF e, neste caso, reproduz-se com a USF.

4.2. Ser enfermeiro na USF

Questionamos igualmente os enfermeiros das duas USF sobre as razões de escolha dos CSP, já que tal como os do CS, todos eles tinham feito uma passagem, mais ou menos longa por esta unidade. Que razões levaram os enfermeiros, agora em USF, a optar pela enfermagem de CSP? Dos quatro enfermeiros da USF A apenas um diz ter escolhido, na altura, o CS por ser "mais atractivo tentar evitar que as pessoas fiquem doentes do que tratá-las quando já estão doentes" (E7 Enf USFA), indo de encontro ao paradigma do cuidar e demarcando-se do *curar* associado ao hospital. Os restantes elementos ou não optaram – "Não optei (risos). Nos tempos que correm, vamos p'ra aquilo que há" (E8 – Enf USF A) – ou fizeram-no por razões familiares e de proximidade geográfica com o local de residência.

As mesmas razões repetem-se nos enfermeiros da USF B: ingressaram nos CSP ou porque não tiveram outra opção de trabalho, ou por razões de conveniência pessoal e familiar, como se pode ver nos seguintes relatos:

— "Não tive opção. Foi o emprego que me surgiu na altura, mas ainda bem que foi esse que me surgiu porque eu tenho preferência pelos CSP" (E9 – Enf USFB).

— "Foi um bocado... 50% por opção, 50% oportunidade. Teria oportunidade de ir para um hospital, mas iria para Lisboa, para essa zona, e surgiu esta oportunidade no Porto e fiquei. Fiquei também porque gostava da área, sempre gostei, mesmo durante a licenciatura no estágio gostei e fiquei" (E10 – Enf USFB).

Os enfermeiros que iniciaram a carreira em meio hospitalar, cansados do horário de turnos e do trabalho aos fins-de-semana, abandonam os cuidados diferenciados por razões mais pessoais do que profissionais. Apesar do gosto pelo trabalho no hospital, a vinda para os CSP é motivada pelos inconvenientes dos horários irregulares, como dizem estas enfermeiras:

— "[a razão foi] Simplesmente o horário. Eu adorava trabalhar no IPO, tenho muitas saudades do IPO. Eu só saí pelo horário, porque não tenho noites, não é? Faço alguns fins-de-semana, mas tenho este horário que é sempre seguido. Só pelo horário, mais nada. (E11 – Enf USFB)

— "Mudança de estilo de vida. Portanto no hospital há os horários de manhã, tarde, noite, e portanto, convinha-me, já estava cansado, e portanto passei para os CSP" (E9 – Enf USFB).

— "Precisamente pela proximidade com a residência e o facto de não fazer trabalho por turnos, por não fazer noites e fins-de-semana, os fins-de-semana são esporádicos [nos CSP] e é os SASU [Serviço de Atendimento a Situações Urgentes], é muito diferente do hospital" (E10 – Enf USFB).

O que faz o enfermeiro na USF? Podemos agrupar o conteúdo das funções do enfermeiro em três categorias: 1) as consultas de enfermagem de saúde materna e saúde infantil, de hipertensos, de diabéticos, de planeamento familiar; 2) os tratamentos (sobretudo pensos e injectáveis); 3) os domicílios, que consistem essencialmente na prestação de cuidados curativos; e 4) a vacinação conforme as regras do Plano Nacional de Vacinação.

No confronto entre a enfermagem de CSP (em USF) e a enfermagem hospitalar, é salientada a "relação directa com o utente", com quem se estabelece uma relação de "proximidade", uma "enfermagem muito mais abrangente", onde se trabalha com todas as patologias. Este vector de cuidados globais é referida quer pelos enfermeiros da USF A quer da USF B. A ênfase é colocada no tradicional discurso dos valores de compreender o doente em todas as suas circunstâncias, a importância das relações que estabelecem com

os doentes, como se pode ver nos seguintes testemunhos:

— "...a enfermagem dos CSP é muito mais abrangente, trabalhamos com todas as patologias, ainda que de uma maneira mais superficial e... Foi a questão que eu referi, mais na área da prevenção, de contacto de relacionamento, que muitas vezes no hospital não há esse relacionamento tão próximo" (E7 – Enf USFA).

— "Aqui apesar de não haver nada específico, há coisas muito vastas. Portanto, eu tenho de lidar com grávidas, tenho de saber vigiá-las; tenho de lidar com crianças, tenho que saber vigiá-las e vaciná-las, que normalmente isso não se faz a nível do hospital, só as primeira vacinas e agora, porque dantes não era assim. A nível de diabetes e de hipertensão, é aqui que eles são controlados, é aqui que eu vejo as mães ficarem grávidas, é aqui que eu vejo os filhos nascer, é aqui que eu vejo os filhos crescer, ser pais. É aqui que eu sigo o ciclo vital. Faço o acompanhamento. Não vejo um doente um, dois ou três dias e mando-o embora e nunca mais o vi. Eu tenho a noção da evolução daquela pessoa; eu conheço os problemas e posso intervir e eles não têm necessidade de me estar sempre a contar o historial de vida, porque são eles os utentes da minha lista e só vêm a mim, portanto, eu conheço-os perfeitamente, assim como eles têm preferência por me escolher a mim para vir cá, porque estão habituados" (E7 – Enf USFB).

Aliada ao vector relacional surge a dimensão "cuidados preventivos" como mais uma marca distintiva da enfermagem hospitalar:

— "aqui, nós temos uma função principalmente na área de promoção da saúde. Claro que em relação ao tratamento de feridas e injectáveis também é tratamento de doença, mas todo o resto... E a grande área da enfermagem nos CSP está voltada para a promoção da saúde. E além disso, ajudar a família na adaptação à doença, à incapacidade física" (E8 – Enf USFA).

— "Aqui é diferente, trabalhamos os utentes, doentes, não-doentes, não sei se me estou a fazer entender? É o utente no seu todo, que no fundo está a fazer uma prevenção da sua doença, está a prevenir a sua doença" (E10 – Enf USFB).

Contudo, e apesar de serem sublinhados os aspectos da globalidade da intervenção de enfermagem, e da valorização da relação que o enfermeiro estabelece com o doente, os enfermeiros da USF reconhecem as vantagens de trabalhar em meio hospitalar, um trabalho que dizem mais técnico, mais exigente em termos de esforço físico, mas mais "aprofundado e específico", mas também, no caso do serviço de urgência, onde não se consegue "manter uma relação empática com o doente", mas onde os enfermeiros são

muito bem tratados, isto mesmo fica espelhado nos seguintes testemunhos:

— "A enfermagem hospitalar é muito mais técnica, desenvolvem a componente técnica, numa determinada área, mas muito mais aprofundada, muito mais específica..." (E7 – Enf USFA)

— "Enquanto que nos cuidados hospitalares as pessoas estão doentes e nós temos que fazer o tratamento directo..." (E8 – Enf USFA)

— "...o hospital é trabalho físico, basicamente. É cuidados, só. É muito trabalho físico... Técnico e esforço físico, andar a puxar utentes, e em termos de valorização da profissão... claro que tem essa importância, mas em termos da valorização que o utente nos dá, acho que em CSP é um bocado diferente" (E8 – Enf USFB).

— "Em urgência não há um contacto contínuo com o utente, são sempre doentes novos, não se consegue manter aquela relação empática como no CS" (E6 – Enf USFA).

Salientam igualmente a elevada tecnicidade e hiper-especialização dos cuidados hospitalares – uma enfermagem mais técnica, mais científica, menos virada para o doente – factores que provocam um "adormecimento" dos conhecimentos. Como diz uma enfermeira:

"... o que eu verifiquei é que no hospital é muito específico de uma determinada área. Se a gente vai trabalhar para uma maternidade ou para a parte da obstetrícia num hospital, é só grávidas, grávidas, grávidas e aquilo, mais nada. Portanto, a pessoa acaba por se especializar só naquela área e fica para trás todo o resto. É como se ficasse com os conhecimentos adormecidos" (E7 – Enf USFB).

Mas apesar desta associação da enfermagem hospitalar a actividades de índole sobretudo técnica, é lá, no hospital e não nos CSP, que o reconhecimento do trabalho do enfermeiro é maior.

— "Em termos de reconhecimento, por parte dos profissionais da restante equipa acho que no hospital somos mais reconhecidos, pela parte técnica e tal, a nível do utente, acho que somos reconhecidos aqui nos CSP. O utente a nível hospitalar, até pela situação dele, aguda, de enfermidade, às vezes não se apercebe muito do trabalho dos enfermeiros, quer mais é o resultado final, a cura e ir embora, ora isso é um resultado médico. Não reconhece tanto, a nível profissional, se calhar as equipas médicas reconhecem melhor os profissionais pela necessidade que eles têm de

vigilância, etc." (E19 – Enf USFB).

— "Se calhar dão-nos mais valor, dão-nos mais valor nos cuidados intensivos do que aqui, aqui passamos um bocadinho..." (E10 – Enf USFB).

No processo de recomposição profissional da enfermagem salienta-se a importância atribuída à construção e consolidação de um novo paradigma de saberes que pretende inscrever esta profissão no campo do cuidar por oposição ao tradicional domínio da cura, historicamente dominado pela medicina. Trata-se de reivindicar um conjunto de saberes diversos, normalmente tomados de empréstimo às ciências sociais e humanas, e designados de relacionais e holísticos, capazes de se tornarem suficientemente diferenciadores da actividade médica e, portanto, delimitarem um campo de intervenção técnica exclusiva da enfermagem, e, assim, redefinirem o território profissional e identitário da profissão. Este processo de recomposição dos saberes e reconfiguração identitária estende-se do hospital ao CS, mas estando o hospital vocacionado para a cura e o CS para a prevenção poderíamos supor que as possibilidades de concretização da *enfermagem relacional* encontra no CS condições favoráveis à sua consolidação. Nesta conformidade, o CS representaria a opção primordial nas escolhas pessoais. Mas não representa. Os enfermeiros optam preferencialmente pelo hospital ao qual reconhecem inúmeras vantagens: remuneratórias, de trabalho em equipa, de exigência, de qualidade, de maior tecnicidade e autonomia. Uma enfermeira com percurso profissional iniciado no hospital e actualmente no CS, afirma:

"eu como venho de muitos anos de um hospital onde não havia subserviência, o enfermeiro não era empregado do médico, o enfermeiro não tem que tapar os buracos do médico, o enfermeiro tem as suas funções, o médico tem as suas funções e há as interdisciplinares" (E2 – CS Enf).

O que pensam os enfermeiros da USF sobre o futuro da profissão? Embora a designação "enfermeiro de família" seja vulgarmente utilizada, a verdade é que essa categoria profissional não existe, nem tão pouco a especialidade em enfermagem de família. Na prática, independentemente da posse ou não de uma especialidade e da área disciplinar da especialização, são um bloco indiferenciado de profissionais em enfermagem. E embora a USF faça assentar toda a filosofia de organização em torno da saúde familiar, à enfermagem não é exigido qualquer saber específico e não se distingue o generalista do

especialista: um outro ocupam os mesmos cargos e desempenham as mesmas funções. Este quadro de indefinição pode explicar as baixas expectativas em relação ao futuro profissional manifestadas por alguns profissionais, quer da USF A quer da USF B:

— "[Como projecta o futuro da profissão?] [Risos]. Ai! Eu estou numa fase muito pessimista, não me pergunte isso" (E6 – Enf USFA).

— "Em relação ao futuro da enfermagem: estamos muito mal, estamos muito mal porque temos muitas pessoas no desemprego e depois com as USF (...) os meus colegas estão muito interessados em ganhar muito, não se importam de ter 2000 utentes (...) A pessoa tem que atender mais 500 utentes do que aquilo que estava estipulado para ganhar quê? Mais algumas horinhas extras?" (E6 – Enf USFA)

— "Sinceramente, não sei, mas se calhar para melhor não vai ser. É a minha opinião, é essa. Estas reformas que está a haver, vamos aguardar e ver o que é que está acontecer" (E10 – Enf USFB).

Lado a lado com estas visões mais sombrias sobre o futuro da profissão, há outros que perspectivam melhorias produzidas pela reforma. Um enfermeiro identifica na reforma possibilidades de ampliar o campo de actuação da enfermagem, já que considera que muito do trabalho do enfermeiro está a ser realizado pelo médico:

"e eu ponho a questão ao contrário, há parte do trabalho que é feito pela equipa médica que pertence à enfermagem. E quando esse trabalho definitivamente for reconhecido pelos enfermeiros, o trabalho é muito e há muita coisa para fazer" (E7 – Enf USFA).

Outro enfermeiro salienta os aspectos positivos que podem advir da reforma:

"A nível da enfermagem, eu vejo a reforma como um passo que demos, que não volta atrás. Que é o estatuto do enfermeiro de família, autonomia, um sistema de informação próprio, etc. Esse passo aí, não acredito que volte atrás. A dúvida que se põe agora é aqui... E depois cuidados continuados, as UCC o que é que vão fazer? O que é que vão tirar às USF? E depois está a ver, como é que se vai articular isso? E jogos que se vão fazer – eh pá fazes tu, não faço eu! Deixa aquilo para aquele e tal [risos] ... Isso está de tal maneira... é que são muitos meios, as coisas estão muito dispersas, e quando está muito disperso, há sempre problemas" (E9 – Enf USFB).

A enfermagem está a ser objecto de transformações, que dividiríamos em internas e externas. As primeiras germinam dentro do próprio grupo profissional e das instituições

de formação; as segundas têm origem nos contextos de trabalho e, em particular, as provenientes, directa e indirectamente das transformações provocadas pela reforma. Por isso, e como diz Annandale (1999, 235) é hoje mais correcto ver as profissões da saúde numa arena onde ocorre um complexo de movimentos e contra-movimentos, de forças e contra-forças, para se obter uma posição, em vez de uma trajectória tradicionalmente enquadrada pelo processo de proletarização.

Se a relação médico/enfermeiro na divisão do trabalho esteve durante muito tempo cristalizada entre a posição de saberes técnicos para o médico e os saberes relacionais para os segundos, as novas formas de gestão poderão estar a mudar o conteúdo do trabalho, mas a visibilidade das suas intervenções continua reduzida, tanto para o público como para os outros profissionais.

CAPÍTULO IV – REFORMA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: CURSOS, DISCURSOS E CONTEXTOS

Introdução

Em Julho de 2010 inicia-se a etapa II da reforma. Concluída a fase de "delineamento, arranque e implantação das suas vertentes essenciais" (Ministério da Saúde, s/d), que decorreu ao longo dos últimos cinco anos, define-se agora um conjunto de "projectos imediatos" e "novos instrumentos orientadores" para lhe dar continuidade.

Ao longo dos últimos cinco anos mantivemos a primeira fase do processo de implementação da reforma sob observação sociológica permanente, embora não estudássemos a reforma em toda a sua abrangência, mas apenas uma das suas primeiras componentes – a USF. Ainda assim, *a reforma*, enquanto conjunto global de medidas reestruturadoras dos CSP foi sendo objecto de atenção constante, quer acompanhando a definição das políticas e o seu desenvolvimento, quer monitorizando no terreno os seus efeitos e os posicionamentos dos profissionais. Depois de nos debruçarmos sobre a USF em particular, é agora chegado o momento de colocar em perspectiva *a reforma*.

Durante o desenvolvimento da primeira fase, a produção documental, informativa e legal foi vasta, abundante e de considerável complexidade. Multiplicaram-se os eventos – simpósios, encontros, congressos, sessões de apresentação, etc. – de divulgação das políticas. Mas apesar disso, ou por causa disso, os profissionais revelam um considerável desconhecimento sobre as grandes linhas de orientação preconizadas para a reorganização do sector dos cuidados primários. Na fase de realização das entrevistas (ao longo do ano de 2009), quando a reestruturação dos centros de saúde já estava definida através da nova figura dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), muitos profissionais não sabiam o que eram, em que consistiam e para que serviriam estes novos organismos, o mesmo acontecendo em relação ao conjunto das cinco unidades orgânicas que os compõem. Mas, refira-se também, que a informação disponibilizada pela página da internet da MCSP sobre cada uma das unidades funcionais era pouco clarificadora sobre o papel que cada

uma viria a desempenhar no quadro de prestação de cuidados de saúde primários, levando qualquer um a perguntar mas para quê tanta unidade?

A plataforma virtual da MCSP funciona como um entreposto informativo: emite, divulga, gere, recebe e processa toda a documentação/informação relativa ao processo de reforma. Da disponibilização dos formulários para as candidaturas às USF e as UCC, às linhas de orientação gerais e específicas, tudo se concentra no *site* <http://www.mcsp.min-saude.pt>. Este grupo, nomeado em 2005, verá os mandatos renovados por duas vezes. Em 14 Abril de 2010 termina a prorrogação do mandato concedida pela Resolução do Conselho de Ministros nº 45/2009, de 29 de Maio, e a principal estrutura responsável pela operacionalização da reforma encerra todas as actividades a 30 de Abril do mesmo ano. Mantém, no entanto, a recepção de candidaturas para as USF, que depois redirecciona para a Administração Central do Sistema de Saúde.

Sobre a criação e o período de funcionamento da MCSP, o seu ex-Presidente considera que:

"Quer dizer, criar uma única estrutura que conduzia a reforma com grande apoio político, e nomeada até pelo conselho de ministros, revelou-se muito útil. Teve o seu tempo de vida – quatro anos e meio – não sendo... ninguém faz uma reforma com esta complexidade e abrangendo isto cinco anos... penso que... basta olhar para o estrangeiro para ver que as reformas... Mas, portanto, foi politicamente decidido que deveria ser entregue às estruturas habituais do ministério da saúde. Veremos. Estas coisas tem que se deixar passar o tempo e fazer uma avaliação..." (E1, ex-Presidente MCSP).

Apresentamos agora um apontamento sintetizador das principais medidas legislativas e das orientações políticas que constituem o quadro administrativo-legal, pontuando as linhas orientadoras definidas pelo Ministério da Saúde e pela Missão para os Cuidados de Saúde Primários para enquadrar o *modus* e a *praxis* reformativa no terreno. De seguida colocamos em discussão os cursos que a reforma foi tomando e os discursos que sobre ela se foram produzindo. E por último, procuramos perceber posicionamentos e opiniões daqueles que a experimentam na realidade do trabalho e das organizações. Estes são os agentes directos e os principais protagonistas. Por isso, numa reforma que se diz alicerçada na cultura e na participação dos profissionais, era imprescindível conhecer o seu pensamento, perceber o seu envolvimento, ouvir as suas opiniões.

1. As políticas e o político da reforma

Com a chegada ao governo do partido socialista inicia-se um novo ciclo político marcado, numa primeira fase, pelo pendor reformador, mediaticamente propagado à sociedade civil. É neste contexto de reestruturação de alguns sectores da Administração Pública que tem início a reforma dos cuidados de saúde primários. Uma das primeiras medidas (em Abril de 2005) foi a criação de um Grupo Técnico para reforma dos cuidados de saúde primários⁷⁶, com o objectivo de estabelecer um plano de frentes de trabalho e metas operacionais para a reforma do sector dos cuidados primários. Em Outubro do mesmo ano é criada a Missão para os Cuidados de Saúde Primários, na dependência directa do Ministro da Saúde (Resolução do Conselho nº 157/2005, de 12 de Outubro) e que ficará responsável por definir as linhas de orientação geral, bem como criar os "instrumentos legais e operacionais que permitam a recentragem do sistema de saúde português nos CSP e ao mesmo tempo acompanhar a nova metodologia criada para a organização dos cuidados primários" (Campos, 2006, 2).

Nas palavras do presidente da MCSP (Pisco, 2007), foram estabelecidos como grandes objectivos para a reforma dos cuidados de saúde primários: para os utilizadores, mais e melhores cuidados de saúde, aumento da acessibilidade, proximidade, qualidade e satisfação; e para os profissionais, o aumento da satisfação, a criação de boas condições de trabalho, melhorar a organização, e recompensar as boas práticas.

Dado que esta entidade desempenhará uma função primordial na concepção e implementação da reforma, consideramos ser também aqui (Outubro de 2005) que podemos situar cronologicamente o arranque da reforma.

Pisco (2007) caracterizava o "ponto de partida" para a reorganização do sector pelos baixos níveis de satisfação de todos os intervenientes, em consequência da baixa acessibilidade, ineficiência, barreiras burocráticas, e falta de incentivos para melhorar a qualidade e a produtividade. Face a este quadro, a reforma é pensada a partir de um "duplo movimento": a criação das USF e dos ACES.

A MCSP apresenta, em Janeiro de 2006, as "Linhas de Acção prioritária para o

⁷⁶ Resolução do Conselho de Ministros nº 86/2005, de 7 de Abril.

Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários". O documento foi colocado à disposição para consulta pública entre 3 de Julho e 15 de Setembro de 2005 e, em Janeiro de 2006, teve lugar uma ronda de reuniões em cada ARS, com a presença do Ministro da Saúde, com o propósito de o apresentar a todos os colaboradores (OPSS, 2006).

O extenso documento (MCSP, 2006) corporiza o primeiro desenho da reforma, plasma as grandes linhas orientadoras e espelha as principais marcas ideológicas que virão a enformar os discursos institucionais. Começa por afirmar os centros de saúde como pilares centrais de todo o sistema de saúde para depois enunciar os princípios e valores (da centração nas pessoas à orientação para o cidadão, da liderança técnica à monitorização do processo) que nortearão a sua concretização. Define um vasto conjunto de medidas para oito áreas do sector dos cuidados primários: reconfiguração e autonomia dos centros de saúde; implementação das USF; reestruturação dos serviços de saúde pública; outras dimensões de intervenção na comunidade; implementação das unidades locais de saúde; desenvolvimento dos recursos humanos; mudança e desenvolvimento de competências (MCSP, 2006). Aí se determina que o processo de reconfiguração dos centros de saúde deverá iniciar-se até 31 de Dezembro de 2006. Mas tal não aconteceu. E o Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de Fevereiro, que contém o quadro legal para a criação dos ACES (a concretização da chamada reconfiguração) só será publicado em 2008. Aquela que era a medida de maior impacto reestruturador foi sendo sucessivamente atrasada com evidentes impactos para os quotidianos institucionais e para os profissionais.

Na verdade, nos anos de 2006, 2007 e 2008 a reforma resume-se essencialmente à criação de USF. Começam a ser implementadas logo em 2006, mas a almejada meta das 100 USF até Dezembro do mesmo ano, prevista no citado documento, não foi alcançada. Também não chegaram a ser criados os diplomas legais para abertura das USF à iniciativa dos sectores cooperativo, social e privado/convencionado, cuja publicação estava definida para 31 de Dezembro de 2006. Para estes sectores estava prevista a USF modelo C, até hoje inexistente. Ainda no que diz respeito à implementação das Unidades Locais de Saúde, a MCSP considera que deverão ser entendidas como um modelo alternativo, mas que continuará a ser desenvolvido e testado. Contudo, estas estruturas, criadas em 1999, virão a ser negligenciadas nos documentos oficiais, e sobre elas pouca atenção recai e pouco se sabe sobre a projectada experimentação e ampliação.

Dado que o modelo USF já foi detalhadamente exposto, cingimo-nos agora a um breve enquadramento do ACES. Estes organismos são criados pelo Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de Fevereiro que, no seu artigo 2º, os define como "serviços de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que integram um ou mais centros de saúde". Por sua vez, o centro de saúde, um componente do ACES, é um conjunto de unidades funcionais de prestação de cuidados primários. Os ACES garantem a prestação de cuidados à população de determinada área geográfica, mantendo, tal como definido na legislação anterior, a função de desenvolverem actividades de promoção da saúde, prevenção da doença, bem como da prestação de cuidados na doença. Acrescem-lhe agora as funções de vigilância epidemiológica e investigação em saúde, esta última ausente da concepção do centro de saúde tradicional.

A MCSP (2007) sublinha que a marca "centro de saúde" deve ser capitalizada do ponto de vista social, através do marketing adequado e que continuará a ser o ponto de contacto privilegiado do cidadão com os cuidados de saúde primários. Acrescentando ainda que esta reestruturação fará com que no futuro a designação centro de saúde ganhe um novo significado⁷⁷, uma vez que este será identificado com uma prestação integrada de cuidados de saúde. E resume:

"Em suma, o *Centro de Saúde* passará a ser sinónimo de "ponto de contacto" para o cidadão, em matéria de cuidados de saúde primários. Mais acessível, mais rápido e com mais qualidade nos serviços que presta. Em termos organizacionais e para lá desse ponto de contacto, poderão existir as estruturas e as designações que a administração pública da saúde considerar adequadas. É também este o sentido da reconfiguração" (MCSP, 2007, 8).

Administrativamente foram criados 74 ACES (Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de Fevereiro) em todo o país, segundo os seguintes critérios geodemográficos: acessibilidade geográfica; densidade populacional; índice de concentração urbana; índice de envelhecimento; acessibilidade a cuidados hospitalares e divisão administrativa do território. Cada ACES abrangerá uma população que não deverá ser inferior a 50.000

⁷⁷ Contudo, com a criação dos ACES os centros de saúde vieram a ser reconfigurados e rebaptizados em UCSP, onde se incluem os profissionais que não integraram nenhuma das outras unidades orgânicas, originando-se assim uma situação em que o termo centro de saúde continua a ser correntemente utilizado (incluindo pelas ARS), mas cujo significado já não corresponderá ao tradicional conceito.

pessoas nem superior a 200.000. Neste edificado legal, os centros de saúde devem agora intervir no âmbito comunitário e personalizado.

Os ACES compreendem as seguintes unidades funcionais:

- A Unidade de Saúde Familiar (USF), já extensamente abordada;
- A Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), com uma estrutura idêntica à da USF, presta cuidados de saúde personalizados, garantido a sua acessibilidade, a continuidade, e globalidade. Segundo a avaliação do OPSS (2010) esperava-se que estivessem já definidos os princípios de regulamentação do funcionamento, mas a inexistência deste normativo tem levado à "implementação *ad hoc*" por todo o país, podendo mesmo vir a comprometer os seus princípios.
- A Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) oferece igualmente cuidados de saúde e apoio psicológico, mas de âmbito domiciliário e comunitário, a grupos sociais mais vulneráveis, ou em situação de risco de dependência física e funcional. Através da UCC desenvolve-se a participação directa na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. O Relatório da Primavera sublinhava o seu baixo grau de concretização (de apenas 5%) (OPSS, 2010). Em Novembro de 2010 tinham dado entrada 270 candidaturas e estavam em funcionamento 48 UCC (Ministério da Saúde, 2010a).
- A Unidade de Saúde Pública (USP) é compreendida como um observatório de saúde da área geodemográfica do ACES. Tem como principais funções elaborar informação e planos no domínio da saúde pública, proceder à vigilância epidemiológica, gerir programas de prevenção e promoção, entre outras. Aguarda-se a sua implementação em todos os ACES e espera-se a definição de um modelo-tipo definidor do seu desenvolvimento, do programa de formação, do plano de afectação de recursos e de um modelo de incentivos para os objectivos contratualizados. No entanto, para além da indigitação/nomeação dos dirigentes e de "alguma «agitação» interna pouco mais se fez sentir" (OPSS 2010, 93). Em 29 de Novembro de 2010 estavam em funcionamento 73 USP (Ministério da Saúde, 2010a).

- A Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) é destinada a prestar serviços de consultoria e assistência às unidades descritas, com as quais estabelece uma lógica de actividade em rede e estabelece ligações "funcionais" com os serviços hospitalares⁷⁸. Constitui uma "espécie de equipa *não-equipa*, na medida em que se especializa na «centrifugação» harmoniosa das duas competências" (Ministério da Saúde, 2010a, 7). Em geral, não estão implementadas, ou estando-o foram criadas *ad hoc*, como as UCSP (OPSS, 2010).

À semelhança do que está disposto para a USF, todas estas unidades são compostas por equipas multiprofissionais e dispõem de autonomia técnica e organizativa. Estabelece-se ainda que cada ACES deverá integrar, pelo menos, uma USF ou UCSP e uma UCC ou serviços desta.

Decorre desta arquitectura poliorganizacional dos ACES uma primeira evidência: multiplica-se o número de unidades funcionais a prestar cuidados de saúde primários. Passámos de uma estrutura centrada numa unidade prestadora – o centro de saúde – para uma outra constituída por cinco unidades funcionais, a que acresce ainda a estrutura hierárquico-administrativa do ACES. Uma segunda evidência resulta da indefinição e, nalguns casos, sobreposição, de territórios organizacionais e, inerentemente, profissionais. Tome-se como exemplo a concepção da USF e da UCSP geradora de algumas perplexidades nos profissionais, que interrogavam a investigadora se na USF, tal como se definia para a UCSP, não se prestavam igualmente cuidados personalizados, de globalidade e continuidade? A este propósito, o Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2010a, 4) vem esclarecer que as diferenças entre estes dois tipos de unidades são sobretudo organizacionais, salientando a constituição voluntária das USF, o nível de desenvolvimento das equipas, o grau de autonomia e responsabilização associadas ao processo de contratualização e os órgãos formais de decisão e regulação interna. As UCSP partilham com as USF a responsabilidade de prestar cuidados de saúde pessoal e familiar e, de acordo com os objectivos da reforma "é desejável" que evoluam para USF (Ministério da Saúde, 2010a, 4).

⁷⁸ A apresentação sumária destas unidades foi elaborada a partir das disposições do Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de Fevereiro, que regula o funcionamento do ACES.

Também em relação à UCC, vocacionada para a prestação de cuidados domiciliários e comunitários, se colocam interrogações sobre o que é que a distingue da USF, já que esta última presta igualmente cuidados domiciliários, o que leva alguns profissionais a questionar: vamos duplicar as visitas domiciliárias? De manhã, os doentes são visitados pela USF e de tarde pela UCC?

Para o ex-Presidente da MCSP a concepção poliorganizacional do ACES justifica-se pela necessidade de:

"por um lado valorizar a saúde pública porque era preciso ter a saúde pública a fazer aquilo que eles sabem fazer, que é fazer de observatório de locais de saúde pública, monitorizar os fenómenos de saúde e de doença, permitir fazer... apostar nas áreas que eram mais necessárias em termos de saúde daquela população. Era melhorar toda a parte de intervenção comunitária, que Portugal comparado com França e com o Brasil somos muito fracos e portanto as unidades de cuidados na comunidade tinham a ver com isso, precisamente com uma população mais envelhecida, com polipatologia, com dificuldades de vir ao centro de saúde, o centro de saúde tem de vir até eles, e era preciso criar condições e reforçar um pouco na área domiciliária aquilo que era tarefa das USF. Há situações clínicas que eram muito pesadas e as USF teriam que ser apoiadas pelas UCC e também os próprios cuidados continuados, situações em que as pessoas estão acamadas e precisam de apoio social... em que as pessoas estão mais carenciadas. E, depois, criar uma bolsa de recursos, que são recursos escassos mas preciosos em termos de fisioterapia, nutrição, de assistência social, que fossem utilizados para bons projectos e não deixar as pessoas penduradas, cada um por seu lado. As URAP não são mais do que uma bolsa de recursos a que o centro de saúde deve recorrer para projectos muito bem desenhados. Portanto, ah, e toda esta... e depois a estrutura legislativa... A Missão foi apoiada pela Faculdade de Direito de Coimbra, que tem inclusivamente um centro de estudos para as empresas e que as ajuda a encontrar a melhor organização e a traduzir isso em termos da lei e, portanto, o decreto-lei do ACES foi muito bem pensado, muito discutido, foi muito bem estruturado com as pessoas da Faculdade de Direito de Coimbra. Agora é evidente que não se consegue pôr a funcionar em rede pessoas, grupos, instituições, que estão habituadas a trabalhar de costas voltadas uns para os outros. Os ACES são um desafio e por isso é que também a própria gestão do ACES se fez, pela primeira vez na história dos cuidados de saúde primários, uma separação muito clara entre aquilo que é a gestão pura e dura, com o director executivo e com uma unidade de apoio à gestão, e aquilo que é o conselho clínico que tem funções estabelecidas em lei para a governação clínica" (E1, Ex-Presidente da MCSP).

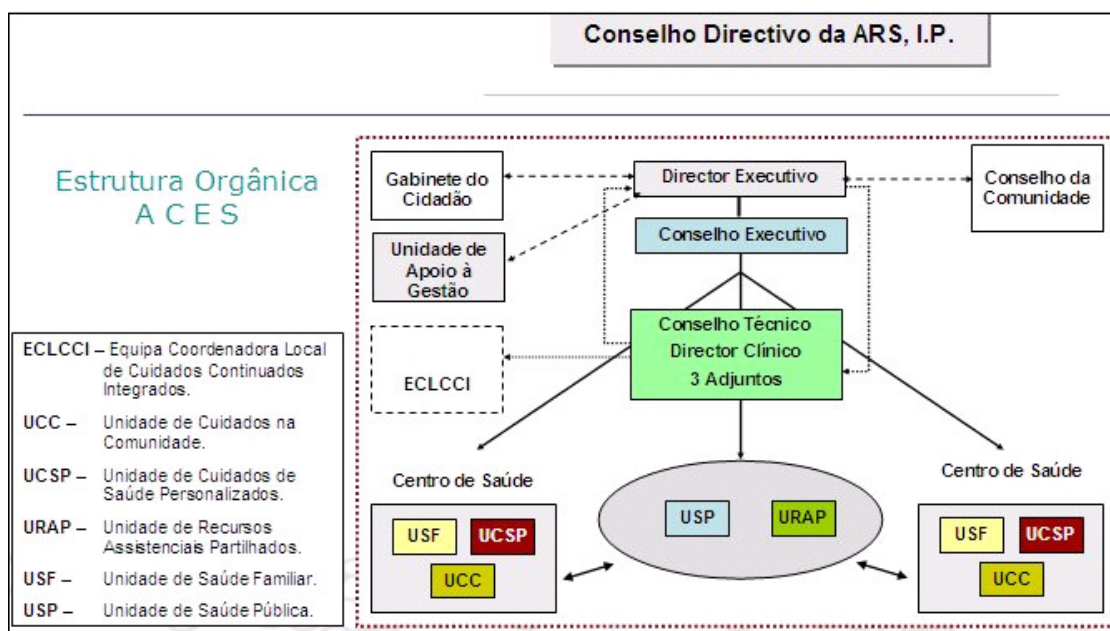
A complexidade da concepção administrativo-funcional do ACES justificará, por certo, o desconhecimento e o desinteresse que foi notado relativamente ao que é a reforma, em

que consiste e que efeitos produzirá.

Mas para a MCSP (2007) este desenho organizacional obedece a um duplo movimento: por um lado a constituição de pequenas equipas em unidades funcionais, prestadoras de cuidados de saúde numa relação de proximidade com as populações e, por outro lado, a agregação de recursos e estruturas de gestão.

A novidade do ACES é a existência de órgãos de administração e regulação na linha hierárquica interna, aqui composta pelo director e conselho executivo, conselho clínico e conselho da comunidade, estando assim consagrada a "autonomia gestionária", que se traduz por uma transferência de competências e responsabilidades das ARS – IP para estes organismos (MCSP, 2007), extinguindo-se as sub-regiões de saúde (Decreto-Lei nº 28/ 2008, de 22 de Fevereiro, artigo 41) – as anteriores estruturas hierárquicas intermédias entre a ARS e o director do CS.

A estrutura orgânica do ACES era assim apresentada pela página da MCSP:



Fonte: MCSP, 2008⁷⁹.

De acordo com a MCSP (MCSP, 2007), os ACES têm como filosofia a racionalização de estruturas e como objectivos a optimização de recursos, a diferenciação técnica e a

⁷⁹ Esta figura constou da página da Missão - <http://www.mcsp.min-saude.pt> – durante algum tempo. Actualmente já não se encontra disponível.

introdução da governação clínica⁸⁰, a coordenação da actuação das unidades funcionais que os constituem, a introdução da contratualização interna com as unidades funcionais e a identificação das necessidades em saúde das populações abrangidas.

Sobre o processo de criação dos ACES, o Relatório de Primavera de 2009 afirmava:

"A implementação dos ACES cria uma oportunidade para o desenvolvimento da governação clínica e de saúde, que assenta sobretudo num «conjunto de conhecimentos, atitudes e capacidades de “pilotagem” clínica e de saúde, para garantir que cada unidade funcional e o agrupamento no seu todo, atinjam os objectivos intermédios e finais definidos para cada etapa do percurso da organização, com o envolvimento activo de todos os profissionais e também dos utentes e da comunidade, num processo de desenvolvimento contínuo da qualidade em saúde»" (OPSS, 2009, 50)

Neste momento estão em funcionamento 68 ACES, um número aquém dos 74 fixados pelo Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de Fevereiro.

2. Os cursos e os discursos da reforma

Repetido com maior ou menor veemência, tem sido afirmado um discurso *comprometido* com a reforma que sublinha o seu movimento *bottom-up*, assente no envolvimento dos profissionais da base para o topo e remete a sua génese para o início da década de noventa, com a publicação do documento "Um futuro para a Medicina de Família em Portugal"⁸¹, (APMCG, s/d) publicado pela APMCG (Biscaia *et al*, 2008; Biscaia, 2006; Sousa, 2007).

⁸⁰ A governação clínica é definida pela MCSP (MCSP, 2007, 21) como a actividade responsável por garantir a melhoria contínua dos serviços, impondo padrões de qualidade através de um ambiente de excelência clínica. Nos ACES, é entendida como uma "fórmula que integra diferentes elementos (valores, técnicas de gestão, aproximação estratégica, entre outros), a maioria dos quais relacionados com a qualidade clínica.

⁸¹ Trata-se de um documento de trabalho, elaborado pela Direcção da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral, onde se apresentam os factores que têm contribuído para a degradação e estagnação da clínica geral e se apresenta um conjunto de "princípios e valores" que devem presidir ao exercício da profissão. Apresenta-se ainda sugestões sobre a organização e funcionamento do sistema de saúde (APMCG, s/d.).

Campos (2008, 92) considera que as USF não são invenção de nenhum governo, são um produto da inteligência, da experiência e não-resignação de um conjunto de médicos de família. Além disto, a constituição da MCSP, cuja equipa é composta por elementos ligados à área da medicina familiar é também reconhecido como uma forma de entregar a reforma a quem está no terreno. Difunde-se, então, sobretudo nos primeiros anos, uma constelação de ideias favoráveis à reforma, quer por parte da APMCG (Sousa, 2005; Sousa, 2007; Biscaia, 2006b), quer por parte do próprio OPSS em cujas apreciações nos vamos deter mais pormenorizadamente.

O Relatório da Primavera de 2006 (OPSS, 2006) elencava os "pontos fortes" e os "pontos fracos" do primeiro ano de desenvolvimento da reforma. Dos "pontos fortes" faz parte a constituição do Grupo Técnico para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários; o teor do documento "Linhas de Acção Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários" – áreas, medidas e sua calendarização e a sua colocação em discussão pública; a constituição da Missão para os Cuidados de Saúde Primários; a apresentação em reuniões plenárias nas ARS do modelo de construção das USF; o número de candidaturas já apresentadas e o modelo de contratualização baseado em níveis de desempenho aferido por indicadores de processo e de resultado (OPSS, 2006, 60).

Nos "pontos fracos" destaca-se o facto de a reforma, até ao presente, "tender a esgotar-se nas USF"; o duvidoso envolvimento na reforma por parte de sectores decisivos da Administração em Saúde, em particular, a nível local e regional; alguma indefinição associada à implementação da reforma, não permitindo aos vários agentes envolvidos uma clara assunção das responsabilidades que assumem e dos resultados que são esperados; a inexistência de um plano detalhado de reconfiguração dos novos Centros de Saúde (dimensão, modelo funcional e localização futura), entre outros (OPSS, 2006, 60 e 61). De entre as ameaças que são identificadas, destacamos a atenção para a concentração das USF em áreas geográficas onde já existe maior acessibilidade aos cuidados de saúde, não estando estas novas unidades a contribuir para a resolução das carências mais prementes (OPSS, 2006, 61).

O Relatório termina o ponto dedicado à reforma com um conjunto de recomendações e um alerta. Das primeiras destacamos a necessidade de celeridade na definição da futura rede de centros de saúde e o segundo remete para o perigo de uma interrupção que levaria

a uma desestruturação completa dos CSP e a uma ruptura, "difícilmente reversível", do Sistema Nacional de Saúde, tornando por isso imperativa a continuidade dos passos já dados (OPSS, 2006, 63).

Também Sousa (2007) apresenta um balanço de "pontos fortes" e "pontos fracos" da reforma. Nos primeiros insere, entre outros, a comunhão no interesse da mudança dos médicos e enfermeiros com a reforma; a existência de massa crítica de profissionais para liderar as USF; a aposta na criação de um sistema de informação novo. Dos segundos, fazem parte a ausência de um modelo global, orientador da reforma; a centração do modelo na figura do médico; a dificuldade dos próprios profissionais em perceberem que são eles os próprios agentes da mudança; as resistências de quem tem muito a perder (chefias e profissionais desmotivados com interesses instalados), entre outros pontos fracos.

Barros e Simões (2007) consideram as USF como a "maior inovação" das propostas. No entanto, como as USF são muito recentes, até à data não há evidência de melhorias. Os dois elementos fundamentais da reforma são a proximidade com as populações e o sistema de remunerações baseado no desempenho. Mas acrescentavam que as medidas políticas são muito recentes para que permitam uma avaliação, embora ex-ante sugiram que a redução de custos será marginal. Assim qualquer avaliação no futuro deverá ser feita em termos de acessibilidade das populações aos cuidados de saúde (Barros e Simões, 2007, 114).

Não tendo em atenção a ebulição social gerada pelo encerramento de serviços de urgência e de alguns Serviços de Atendimento Permanente, que podemos considerar como elementos externos à reforma, os primeiros dois anos do processo de execução das políticas gozam de aceitação e acolhimento favorável entre a opinião publicada por agentes directa ou indirectamente implicados no processo em curso.

Os Relatórios da Primavera que são publicados nos anos subsequentes a 2006 (OPSS, 2007; OPSS, 2008) continuam a dar particular atenção à reforma em curso. A sua leitura permite perceber a posição favorável do OPSS à forma e às directrizes gerais dos primeiros anos da reforma, em particular a criação das USF, em que, como reconhece, para além das mudanças organizacionais não é irrelevante o aumento da lista de utentes, considerando que "pena é que apenas 13% da população tenha sentido os efeitos desta

reforma" (OPSS, 2008, 136). Em 2009 percebe-se mesmo um certo *entusiasmo* deste organismo com o curso do processo de implementação, reconhecendo a reforma como um "acontecimento extraordinário" e a mudança já efectuada no sector como tendo vindo a responder a muitas das preocupações do OPSS, permitindo a validação das suas propostas, desenvolvidas ao longo de uma década, sobre a necessidade de intervir em aspectos concretos. Os resultados alcançados possibilitavam já um aligeiramento das indicações apresentadas (OPSS, 2009, 47). Assim, este organismo incentiva à continuidade e desenvolvimento do processo reformador:

"A reforma dos cuidados de saúde primários prossegue, sendo ainda necessário estimular a expansão das USF, desenvolver estratégias específicas para as áreas rurais, criar e consolidar as unidades funcionais que compõem os ACES, implementar e desenvolver estas novas estruturas como organizações de "novo tipo", promovendo a sua autonomia de gestão, apoiar a integração de outros grupos profissionais nos CSP, investir nos sistemas de informação e na questão essencial da sua interoperabilidade, reduzir as ainda existentes desigualdades no acesso, incrementar a articulação com os hospitais e com a Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI), de modo a assegurar-se uma efectiva continuidade de cuidados" (OPSS, 2009, 50).

No ano seguinte, o OPSS mantém a qualificação da reforma como um dos mais importantes processos de mudança a decorrer no país, podendo, se continuar a ser bem desenvolvida, resultar em benefícios para a saúde e para a qualidade de vida dos portugueses, (OPSS, 2010). Mas para que assim seja, este organismo considera que ainda há muito a fazer, e é necessário:

"estimular a expansão das USF; implementar e desenvolver progressivamente os ACES, promovendo a sua autonomia de gestão; continuar a investir nos sistemas de informação; reduzir as desigualdades de acesso; rever a articulação com os hospitais; ajustar eventualmente o modelo da reforma para as áreas do interior com população e recursos de saúde mais dispersos e adoptar políticas de recursos humanos compatíveis com a reforma" (OPSS, 2010, 91).

Analisando com atenção o teor dos posicionamentos produzidos pelo OPSS nos Relatórios da Primavera, é possível identificar uma linha de continuidade e de concordância com o a arquitectura global da reforma, quebrada, no entanto, no último Relatório (OPSS, 2010), onde ganham nova ênfase as preocupações com os atrasos, os sublinhados sobre as incongruências entre o definido e o concretizado e, em geral, os

rumos e os ritmos do processo de concretização. Dessa apreciação crítica e preocupada, destacamos:

- O afastamento das equipas regionais de apoio das suas funções de provedoria das iniciativas USF;
- Das 270 candidaturas às UCC apenas 16 entraram em funcionamento, para uma taxa de concretização de apenas 5%;
- Dos 74 agrupamentos criados, foram implementados 68;
- Para além das nomeações dos coordenadores das USP e de alguma "agitação interna" pouco ou nada se fez em relação a estas novas unidades;
- A ausência de regulamentação e de um modelo de referência para as UCSP tem levado à implementação *ad hoc* destas unidades um pouco por todo o país, podendo mesmo virem a ser comprometidos objectivos e princípios gerais destas unidades;
- Globalmente as UCSP não estão criadas, embora já se verifiquem algumas situações idênticas ao que acontece com as USP – a sua criação *ad hoc* sem um modelo de referência (OPSS, 2010, 93 e 94). Ora, como a UCSP *substitui* o centro de saúde, existe aqui mais uma dualidade de modelos e de designações. Embora na linguagem comum, doentes e profissionais se continuem a referir à UCSP como o "centro de saúde".

No fim deste balanço, o OPSS diz que:

"Há duas abordagens alternativas para uma reforma da saúde: A primeira, aquela que é "habitual", produz normas legislativas sobre um futuro desejável, a partir das quais se desenham abstractamente novas organizações por todo o país (sem cuidar de saber da capacidade real de as implementar segundo o figurino previsto). De seguida nomeiam-se as chefias previstas nas normas adoptadas. Umas vão fazendo o que podem, outras o que não devem. A experiência mostra que esta abordagem vai diluindo progressivamente as expectativas da reforma e a prática efectiva acaba por ser muito distante da mudança anunciada e cada vez mais próxima do modelo que lhe deu origem. Este é o "método" normativo tradicional – promete reformas que é incapaz de realizar; A segunda abordagem possível, aquela que reflecte o essencial da "marca" desta reforma, contrasta com a primeira exactamente naquilo que tem caracterizado o sucesso do desenvolvimento das USF – define-se aquilo que é fundamental no modelo, o essencial da "marca" *SNS - proximidade com qualidade*, sobre a qual não se fazem concessões. Estabelecida a "marca", esta vai-se disseminando

progressivamente à medida que os grupos profissionais e os “serviços” que a ela se candidatam vão sendo capazes de a assumir, plena e comprovadamente. Esta forma de proceder distingue claramente o que é novo daquilo que o não é, e é a clareza desta distinção que permite criar verdadeiras dinâmicas de mudança" (OPSS, 2010, 97).

Para concluir que o processo de implementação dos ACES se aproximou muito mais de segunda abordagem do que da primeira e para antever que, se estas "tendências se mantiverem e estabelecerem como práticas correntes e predominantes, poderá dizer-se que a reforma dos cuidados de saúde primários, naquilo que ela tem de mais distintivo e significativo, terá terminado" (OPSS, 2010, 97).

Em Fevereiro de 2010 é divulgado o Relatório do Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários (GCRCSP, 2010). Intitulado "tempos decisivos", apresenta um balanço em relação à evolução da reforma (do *estado* de concretização das unidades funcionais aos modelos de gestão e às tecnologias de informação e comunicação), fazendo o contraponto entre as expectativas para cada aspecto considerado e a situação actual. Por fim, considera que os progressos são evidentes, mas chama atenção para níveis de exigência diferenciados para com as diversas unidades funcionais, não sendo aceitável que

"se seja exigente para as primeiras, menos exigente para as seguintes e menos ainda para as outras unidades funcionais, desistindo-se, por último, de qualquer exigência nas condições de implementação dos ACES e pressupondo que isto tudo pode ser conduzido com o voluntarismo habitual, sem um modelo avançado de governação" (GCRCSP, 2010, 17).

Note-se ainda a evidente similitude entre o conteúdo deste documento e as apreciações contidas no Relatório da Primavera de 2010 (OPSS, 2010), particularmente, o parecer que é produzido sobre as formas de implementar uma reforma da saúde que reproduzem, *ipsis verbis*, as considerações exaradas pelo OPSS e que acabámos de citar⁸².

Para a MCSP os quatro anos de mandato (2005 – 2009) resultaram na rede de USF, composta por 229 novas unidades que permite atender mais de três milhões de portugueses, dos quais cerca de 350 mil não tinham médico de família, a instalação de 68 ACES e 16 UCC, a reorganização das USP, a constituição "na generalidade dos ACES"

⁸² Cfr. OPSS (2010), página 97 e GMCSF (2010), página 4.

de UCSP e URAP (MCSP, 2010, 5). Note-se que a equipa da MCSP terminou o mandato em Abril de 2010.

Também Biscaia *et al* (2008, 240 e 241) consideram a reforma como um "sucesso" e inovadora em relação às anteriores. A inovação, dizem os autores, reside na seu enraizamento na cultura dos profissionais, na estrutura de missão, composta por uma equipa de vários quadrantes disciplinares, mas presidida por um médico de família. O modelo das USF é também inovador, em particular, no sistema remuneratório e de incentivos, no papel central atribuído à governação clínica, na forte componente da participação de *baixo para cima*, quer na fase de desenho, quer na fase de implementação, entre outros aspectos mencionados.

Vale a pena introduzir aqui um apontamento para questionar sociologicamente os dois aspectos normalmente conotados com os "sucessos" da reforma e as linhas ideológicas que a sustentam:

1) a estrutura da missão: a composição da equipa nacional, dita multiprofissional, era na verdade constituída por oito médicos, um enfermeiro e um licenciado em direito, sendo notório o predomínio da profissão de medicina, numérica e ideologicamente dominante. A multiprofissionalidade resume-se a três áreas. Diríamos, portanto, que é uma estrutura médico-centrada, onde a enfermagem detém uma posição marginal. O predomínio representativo dos médicos na unidade responsável por conceber e implementar a reforma reflecte-se, inevitavelmente, nas estruturas organizacionais, ditas horizontais, mas onde, na realidade residem inúmeras formas de hierarquização vertical que já foram desfilando ao longo dos capítulos anteriores;

2) o sistema remuneratório baseado no desempenho discrimina médicos, enfermeiros e administrativos, através de uma tabela de valores pecuniários que reproduz a hierarquia organizacional: medicina/enfermagem/administrativos.

O discurso político e as políticas têm repetidamente afirmado a centralidade e a função primordial dos cuidados de saúde primários no SNS, daí que a parte mais importante da reforma estivesse focada no centro de saúde e nos cuidados de saúde familiares (Campos, 2008, 39). Decorridos cinco anos após o início da reforma, o centro de saúde permanece como a *entidade* dos cuidados de saúde primários, mas a criação das UCSP poderão fazê-lo (ou já fizeram?) submergir na estrutura dos agrupamentos. E o *protagonismo* alcançado

pelas USF – a imagem de marca desta reforma (Biscaia 2006, 67) – retirou-lhe a exclusividade que detinha e, às vezes, marginalizou-o e secundarizou-o. A multiplicação de unidades funcionais, com objectivos e âmbitos de actuação por vezes sobrepostos ou pouco claros, tornou nebulosas as fronteiras dos territórios profissionais de quem pertence a umas ou outras unidades.

Em Julho de 2010 a reforma entrou na etapa II, cabendo ainda ao anterior grupo da MCSP a elaboração de "um novo plano que dê continuidade ao Plano Estratégico 2007 – 2009" (MCSP, 2010). Nesse documento reconhece-se que a atenção se voltará agora para os ACES, lançadas que estão as USF. São definidos os eixos considerados como cruciais para o prosseguimento da reforma: saúde da pessoa, da família e da comunidade; governação clínica e de saúde; recursos humanos e desenvolvimento profissional; gestão, organização e participação e inovação e qualidade.

Na etapa II dá-se início a "um novo modelo de governação da reforma dos cuidados de saúde primários, que assenta em "estruturas simplificadas, funcionais e flexíveis que se articulam com as estruturas formais da administração de saúde já existentes" (Ministério da Saúde, s/da). Este novo modelo é constituído pelos seguintes órgãos, cada um com funções específicas: a coordenação nacional, que funciona sob orientação directa do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde; a coordenação estratégica, constituída por seis médicos de MGF e dois enfermeiros; o conselho consultivo é composto por 20 elementos de diversas entidades e cinco personalidades de reconhecido mérito (Ministério da Saúde, s/da). Para esta etapa prevê-se a formulação de um conjunto de "projectos-guia", de concretização "imediata" no período de Setembro a Dezembro de 2010, a saber: início de actividade de novas USF e UCC; USP e conselhos da comunidade (sem qualquer referência sobre o que se pretende desenvolver); recrutamento célere de novos especialistas em MGF; formação e investigação (Ministério da Saúde s/db).

A conclusão deste trabalho impedirá o acompanhamento da etapa II da reforma, mas poder-se-á dizer que os "projectos-guia" agora definidos carecem de especificação das medidas concretas a implementar, deixando na indefinição quantas USF e UCC deverão ser constituídas; o que se pretende desenvolver nas USP e que políticas serão definidas para o vector formação e investigação.

Sobre o futuro de reforma, o ex-Presidente da MCSP considera que tudo dependerá dos protagonistas e das ideologias do poder político:

"aquilo a que nós temos assistido é que, mesmo com o mesmo partido, desde que mude o governo, quer mudar tudo. E já tivemos a experiência de assistir isso no passado, não só no PSD, que esteve muito tempo no governo e com três ministros da saúde e cada um deles parecia que era um partido político, como o próprio PS, que também já esteve com três ministros da saúde no passado e cada um deles parecia que... (...) portanto, essas soluções de descontinuidade são terríveis para o moral dos profissionais. As pessoas estão a fazer um determinado tipo de trabalho e depois, de repente, tudo isso deixa de ter sustentabilidade, quer para a população que começa a desacreditar" (E1, ex-Presidente MCSP).

Ossvald (2010, 185) projecta que para o futuro não se discuta tanto a reforma do sistema, "tantas vezes anunciada e outras tantas vezes apodada de improvável, quando não de inexecutável." Ao que acrescentamos: é certo que na primeira etapa da reforma houve abundante discussão, ocorrida quase sempre em circuitos institucionais, políticos e associativos. Mas muitos profissionais mantiveram-se alheados dos discursos produzidos e apresentam considerável grau de desconhecimento, como veremos mais à frente. Na etapa II a informação escasseia e paira grande nebulosidade sobre os cursos futuros das medidas políticas. Será que a reforma se pode tornar inexecutável?

"Felizmente, não há nada irreversível. Essa é a minha opinião. Não tem a ver com esta reforma, mas não há nada irreversível. Como sabe, é sempre possível aos políticos alterarem as leis de acordo com aquilo que querem. E de facto este modelo não é um modelo que, por exemplo, seja defendido pela Ordem dos Médicos, pelo partido social-democrata, pelo CDS, que defendem modelos muito mais parecidos com o sistema francês que têm a ver com médicos isolados a trabalharem em consultórios, que fazem contratos com o Estado... Não defendem este tipo de modelo... Vai ser difícil a alguém... porque eu penso que os principais defensores vão ser as próprias populações que viram as suas condições, em termos de cuidados primários, melhorarem significativamente, e as próprias equipas que sabem agora o que é que é terem autonomia, terem responsabilidade, ter sistema de informação, tudo isso. Mas acho que seria um erro trágico pensar que estas se mantêm por si e que sem vontade política e sem alguém que esteja... em que o ministério não esteja a defender o modelo, mas esteja contra ele, dificilmente as coisas se aguentaram" (E1, ex-Presidente, MCSP).

E se

"não houver uma discussão sobre o que é que as pessoas querem para o sistema de saúde em Portugal, nós vamos correr esse risco: cada vez que muda um ministro, mudar a política e querer reinventar tudo e achar que pode ter ideias brilhantes e modificar as coisas" (E1, ex-Presidente MCSP).

E se assim for, continuarão a ser ensaiados novos modelos de organização e gestão do trabalho e da produção de cuidados primários?

3. No terreno: os discursos dos profissionais

Do outro lado dos discursos institucionais, na realidade onde se concretizam as medidas, os actores directos produzem *outros* matizes discursivos sobre a reforma, cujos efeitos foram já desfilando ao longo dos capítulos anteriores. Reafirmamos que esta investigação não se debruçou sobre a reforma na sua globalidade, cingiu-se apenas à primeira unidade funcional implementada – a USF. Mas dada a simultaneidade da pesquisa com o processo de implementação dos ACES, os reflexos da reestruturação mais ampla promovida com a criação destes novos organismos foi sendo espelhada nos discursos dos profissionais. Não raras vezes, os ACES estavam ausentes das leituras e das interpretações dos trabalhadores, mas essa ausência é sociologicamente significativa. Estando a operar-se uma profunda reorganização do sector o desconhecimento dos actores nela directamente implicados é tão relevante quanto os posicionamentos favoráveis ou desfavoráveis. Por conseguinte, procuramos agora perceber o que pensam os trabalhadores (directamente envolvidos apenas numa pequena parcela das medidas) sobre a reforma.

Como acabámos de ver, no plano da concepção, a reforma executa-se de "baixo para cima", com a iniciativa e o envolvimento dos agentes directos. Formalmente assim é no caso das USF, uma vez que a equipa se constrói nas escolhas dos seus próprios constituintes. Mas, também como acabámos de ver no Capítulo II, as razões que determinam a iniciativa situam-se mais *fora* do que *dentro*, e, por conseguinte, mais de cima para baixo do que na inversa. Nos casos analisados, as USF foram criadas mais para solucionar problemas gerados pelo próprio sistema, do que por auto-determinação e

voluntarismo. Ou, se preferirmos, tratou-se de um voluntarismo forçado, num caso pela inexistência de condições físicas adequadas (a USF B) e, no outro caso, forçado pelas condições de desigualdade geradas pela própria reforma. Além de que, como veremos de seguida, o desconhecimento sobre a reforma, assumido ou disfarçado, reduz o envolvimento dos profissionais às acções directamente decorrentes das imposições administrativas.

As reacções à mudança e à reforma vão da indiferença à indignação, da perplexidade à resignação, numa escala de variação onde ainda é preciso distinguir outros que vão condicionando o comportamento à evolução dos acontecimentos.

A reforma tem os seus ritmos, os que são ditados pelas instâncias superiores e os que são impostos no *centro das operações*. Entre uns e outros foram-se criando lapsos temporais e lapsos existenciais para alguns dos actores envolvidos no processo de reorganização do sector. Referimo-nos aos períodos de indefinição, quando nada se sabe e tudo se suspeita, em relação à implementação dos ACES. Com um atraso de mais de dois anos em relação ao estipulado pela MCSP nas Linhas de Acção Prioritária, constituem o evento onde se projectam aspirações de carreira, medos e receios sobre o futuro profissional. Alguns adoptam um discurso vazio, oscilando entre a defesa acérrima dos pressupostos da reforma e a sua contestação, sublimadamente disfarçada. Assume-se uma atitude de espera, como é o caso do director do centro de saúde, cujo cargo é extinto com a constituição do ACES daquela área. Por isso adopta, sempre, uma posição de grande ambiguidade: ora salientando os efeitos perversos da reforma, ora sublinhando a sua concordância, ora considerando que a reforma deveria ter-se iniciado pela implementação dos ACES – porque são a reestruturação mais profunda – ao mesmo tempo que se mostra concordante com o arranque pelas USF. E porque não se iniciou a reforma pela implantação do ACES, sendo esta a estrutura que redefine e reconfigura todo o sector?

"Porque essa seria a forma tradicional da administração pública fazer as coisas. Não é, e já tinha dado mostras de falhar. As duas reformas anteriores falharam precisamente por começarem de cima para baixo. A reforma de terceira geração, quando se começou a discutir como é que se organizavam os centros de saúde de terceira geração começa a discussão clássica: quem é que manda, quem tem carros, quem tem recursos... e isso distrai, as pessoas estão centradas nos problemas da organização em vez de estarem centradas em resolverem os problemas dos cidadãos e como é que vamos melhorar os cuidados de saúde. Isso acontece um pouco também nas ULS em

que se começa a discutir a macro estrutura – como é que nos organizamos, quem é que é chefe de serviço, quem é que é chefe de não sei de quê, e parece que a questão da qualidade dos cuidados prestados aos doentes está a impedir a organização de se gerir... E portanto, penso que foi apenas aprender com os erros do passado. A mesma coisa tinha acontecido ao Dr. Luís Filipe Pereira quando tentou, a partir de cima para baixo, mudar a estrutura, criar agrupamentos de centros de saúde e contou com uma máquina, digamos assim, intermédia do ministério, com uma inércia enorme e consegue de facto criar entraves muito complicados, portanto era preciso evitar isso. Nós achávamos que tínhamos legislação suficiente para avançar e portanto foi um pouco a política do carro à frente dos bois, como tantas vezes disseram, mas do facto consumado. Quer dizer, nós já tínhamos as USF no terreno quando saiu a legislação, o decreto-lei das USF e até o dos agrupamentos. Portanto, se não tivesse sido assim, provavelmente não teríamos conseguido. Portanto, quando se começou a discutir o decreto-lei das USF, a forma de pagamento inovador ligado ao desempenho, se não houvesse já no terreno um número significativo de USF, notícias na imprensa de que aquilo era um bom modelo e de que as pessoas estavam satisfeitas, os profissionais estavam também, muito provavelmente ou quase de certeza, não tínhamos feito aprovar aquele decreto-lei" (E1, ex-Presidente MCSP).

O atraso na implementação efectiva dos ACES tem sido apontado por vários actores sociais como a maior lacuna na reforma dos cuidados primários" (OPSS, 2009, 49). Esta demora gerou uma ausência de cadeia hierárquica, identificada como um dos principais problemas da reforma pelos profissionais da USF. A porque foram os que constituíram a unidade na fase em que os ACES estavam para ser constituídos. Mas a sua efectiva criação foi-se atrasando, e esse atraso é reconhecido como um dos problemas – um impasse que gera "confusão" e suspende, por tempo indeterminado, a recolocação dos funcionários que não integram a USF, como ilustram os depoimentos que se seguem:

— "Esses [os ACES] estão atrasados. Esse já está a perturbar muito" E9 – Med USFA).

— "Prontos, isso está a ser um dos problemas mais perturbadores. Porque a gente assim não se sabe a quem... Não há ninguém a quem a gente possa recorrer, embora a gente já saiba quem é [o director do Agrupamento] e ela já exerce, mas não quer exercer [risos]. Mas o exercício..." (E10 – Med USFA)

— "atrasados, uma confusão, ninguém sabe de nada... Alguma coisa vai ficar para trás, não é, coisas para fazer, coisas para organizar, nós temos dois colegas que estão parados, não é, se calhar há algum sítio que está a precisar de enfermeiros, não sei. Temos duas colegas que estão... à espera que alguém diga alguma coisa. Não tem lógica, isto, acho eu" (E5 - Enf – USFA).

— "Claro que tem [consequências por causa dos atrasos], porque há sempre casos que necessitam de alguma referenciação e que nós, muitas vezes, nós não sabemos a quem é que vamos referenciar, como é que vamos fazer. Claro que estando atrasado esse processo, acaba por prejudicar de alguma forma" (E8 – Enf USFA).

Nesta escala de reactividade à mudança, há outros, "que já não têm nada a perder", porque a *reforma* os precipitou para a *reforma*. É o caso da administrativa mais antiga e contemporânea dos ex-serviços médico-sociais que se queixa que "não há respeito pelos mais velhos" e como não está para se "maçar", vai reformar-se. Ao longo dos seus 37 anos de serviço, diz que nunca viu nada assim:

"são obras e mais obras, agora fecha-se uma porta, depois abre-se uma porta, agora pinta-se isto, depois pinta-se aquilo, e quem fica contente são os empreiteiros. Dantes não era assim, vivia-se com o que tinham, arranjavam-se" (dc-cs).

Também a criação das cinco unidades funcionais do ACES levam uma enfermeira do CS a colocar em perspectiva questões e preocupações que vão surgindo repetidamente. Questiona (e questiona-se) sobre a razão para criar tantas unidades. Questiona se a UCC não ficará com os doentes marginalizados, aqueles que não são contemplados em USF? Quem são os doentes da UCC? Como se limitam as áreas de intervenção da USF e da UCC? Várias questões para as quais não encontra resposta no *site* da MCSP e que a fazem estar "farta destas unidades", como se pode ver nas suas palavras:

"Em relação aos agrupamentos eu acho... Acho interessante as novas unidades que vão surgir, a unidade de cuidados à comunidade, a unidade de cuidados partilhados... a unidade de cuidados continuados, que já existe, mas existe na teoria, na prática não funciona. Mas agora as novas unidades que vão surgir, eu pergunto-me para quê dar nome a tantas coisas quando nós vamos nos resumir a prestar cuidados aos doentes marginalizados, que é assim que eu vejo. Marginalizados, não no sentido pejorativo, mas vão ser marginalizados porquê? Porque vão ser exactamente estes doentes que não vão entrar nas USF. Não tem muita lógica, porque os cuidados domiciliários não deveriam ser só curativos, porque as UCC contemplam também o apoio psicológico, o apoio social, então a USF não tem capacidade para dar resposta nesse sentido? Se não tem, está errado, não é? Deveria fazer parte dos objectivos deles as outras funções. Se não dá resposta, vai ser a UCC? Mas quê? Nós vamos interferir no âmbito das outras USF? Depois os doentes são deles, entre aspas. Não são nossos. Ou então, quê? As UCC são só para os utentes que não estão inscritos nas USF? É outra questão que também ainda não consegui a resposta. Isto está tudo assim uma

indefinição. Eu estou farta de consultar o site da MCSP, estou farta de ler o decreto-lei que rege os agrupamentos, esta formação destas unidades... Outra questão que se me levanta é: se ainda não sabemos ao certo se as USF estão a ter ganhos para a saúde, como é que vamos já partir para outro modelo de gestão? É outro modelo, o agrupamento" (E2 - CS Enf).

Este excerto deixa espelhada uma das principais lacunas da reforma: a ausência de definição rigorosa dos âmbitos de actuação de cada uma das unidades e do tipo específico de actividades e de cuidados prestados. Como já ficou evidente, quando anteriormente apresentámos estas unidades, nem a lei enquadradora do funcionamento dos ACES nem as orientações da MCSP procedem à descrição pormenorizada do que é e o que vai fazer cada uma destas novas unidades.

A propósito da possível sobreposição de funções entre a USF e a UCC, a MCSP vem *esclarecer*⁸³ que a USF se distingue da UCSP pelo nível de desenvolvimento e dinâmica da equipa, principalmente pelos compromissos de cooperação inter-profissional, livremente assumidos. O que acrescenta outras questões: pressupõe-se a existência de níveis de maior e menor desenvolvimento? Pressupõem-se equipas mais e menos dinâmicas? Se assim for, então terão fundamento as perplexidades levantadas por esta enfermeira sobre a possível marginalização dos doentes que não são integrados na USF?

Ossvald (2010) ao projectar a MGF para a nova década prospectiva, com alguma ironia, que

"(...) os agrupamentos, as unidades de saúde familiares, e até as unidades locais de saúde conviverão em harmoniosa complementaridade, deixará de haver necessidade de uma missão e, como símbolo de paz sob as oliveiras desaparecerão do discurso as inestéticas e enigmáticas siglas que presentemente o enxameiam: MCSP, ULS, CSP, ACES, RNCCI, RRIO; ARS..." (Ossvald, 2010, 185).

Um traço que marca o discurso dos profissionais e que é transversal a todas as categorias profissionais e às três unidades (centro de saúde, USF A e B) é o desconhecimento em relação ao que é a reforma, o que é que ela implica e o que é que vai alterar. Curiosa é a

⁸³ Em documento de trabalho, do Ministério da Saúde e da MCSP, ACES, Linhas de Acção para a sua Implementação e Desenvolvimento, disponível em http://mcsp.lvengine.com/Imgs/content/page_125/3_ACES_Como_implementar.pdf

interrogação que às vezes nos foi devolvida quando colocávamos a questão sobre a reforma – "a reforma quê?", retorquiam os entrevistados, num evidente desconhecimento de que estava em curso uma reforma de cariz mais amplo com o objectivo de introduzir uma nova configuração do sector dos CSP. Na USF a mudança é a USF e a reforma uma *entidade* estranha. Está tão ausente da atenção dos profissionais que a homonímia da palavra leva um médico a confundi-la com a reforma/aposentação. Curiosa é também a expressão "u-não-sei-quantas" para designar o conjunto das cinco unidades funcionais que compõem os ACES. Note-se que as entrevistas foram realizadas em plena fase de implementação destes agrupamentos e nos meses imediatamente subsequentes, o que torna ainda mais significativo o desconhecimento manifestado pelos profissionais. Os excertos abaixo transcritos condensam este alheamento em relação à reforma:

— "Sobre a reforma? Ia já hoje! [Não é sobre a sua reforma, é a reforma dos CSP] Algumas [unidades] que eu não sei o que é, não me interessa saber. Ouve-se muita coisa, é por isso que eu de vez em quando gosto de jantar com colegas de outras unidades... há muito comentário, há muito comentário, se calhar mais pela negativa do que pela positiva. Não sei. É assim: há muita coisa que eu não sei. Essas u-não-sei-quantas, há coisas que eu não sei. Ainda há dias estava a jantar com umas colegas e disse, «que é isso?» «Eh pá, sei lá que é isso!» Portanto, eu também não sei. Não sei, sôtora" (E14 – Med USFB).

— "[Qual é a sua opinião sobre a reforma que está em curso] Está a falar da reforma, quê? Isto é tudo muito recente, eu também não lhe sei responder muito bem a isso, porque só praticamente há um mês é que isto está... O que mudou é que, como o CS acabou tem que alguém estar com a parte dos dinheiros e... alguém tem que gerir essa parte... mas não me pergunte assim mais pormenores, porque eu não lhe sei responder (E5 – Adm USFB).

— "A reforma em curso... Está tudo em profunda transformação... Não sei... Eu pouco sei, pouco nos foi dito ou explicado. É assim que tem que haver uma organização ou uma reorganização, eu compreendo e acho que sim, agora que todos nós devíamos fazer parte, ou pelo menos sermos ouvidos, também devia" (E3 – CS Enf).

— "Estou um bocadinho desligada. Porque eu cá assim aqui e há muita coisa que eu ainda não estou bem dentro. Aliás, essas reformas, eu ainda não estou bem dentro. Aliás, eu quando entrei para aqui, CS, e depois falaram-me da USF, eu tentei perceber mais ou menos, mas todo o agrupamento, tudo isso, eu não..." (E2 – Adm USFA)

— "Não sou interveniente. Sou-lhe franca, conheço-a mal. [Mas é interveniente directa] Pois eu sou. Eu sei. [até já se reformou, se me permite a expressão, porque passou do CS para a USF.] Mas num tenho assim... Sou-lhe franca" (E10 – Med USFA)

Outros, para ilustrar as interpretações que vão fazendo, arriscam metáforas, como "estamos a puxar o cobertor dos pés para a cabeça e ao taparmos a cabeça, ficamos com os pés de fora". Outros, ainda, comparam a reforma a uma manta de retalhos, como é caso de um médico:

“é uma manta de retalhos, porque ou vai tudo para USF, uniformiza-se e funciona tudo da mesma maneira ou vamos ter dois tipos de doentes e dois tipos de profissionais. E isso não é bom, nem para os doentes nem para os profissionais” (dc-cs médico).

Este médico coloca em evidência a desarticulação do processo reformativo, a que acrescentamos a desarticulação inter-institucional, a falta de uniformização e a conseqüente desigualdade. De facto e para além da diferenciação introduzida dos já referidos "doentes e profissionais de primeira e de segunda", produziu-se ainda uma heterogeneidade geográfica na distribuição das USF, com benefício para as regiões urbanas. Por exemplo, em todo o distrito de Bragança existe apenas uma USF.

Como diz um médico, se o processo fosse implementado de forma homogénea e simultânea, não se produziriam estas desigualdades:

"Ora, acho duas coisas: primeiro, que deveria se ter pensado [risos] na... Deveria se ter feito uma orientação até diferente. Com um modelo diferente em termos de gestão, e ser um bocadinho até pré-estabelecido, e decorrer tudo ao mesmo tempo. Ou que... Não estou bem a explicar, devia haver algumas experiências piloto, mas depois quando fosse num lado, havia de ser tudo mais ou menos, pelo menos, orientado. Porque assim vai criando, se já havia desigualdades, pelo menos numa fase inicial, vai haver mais desigualdades. Porque mesmo assim, as USF não têm capacidade para absorver todos. Se alguém pensou que podia absorver os doentes todos, a descoberto, com as USF a aumentar o número de pessoal médico, e não só, enganou-se. Não é possível" (E9 – Med USFA).

Contudo, o desenvolvimento simultâneo da reforma em todo o país não garantiria, por si só, um sistema de cuidados primários igualitário nem equitativo. Desde logo, porque a reforma foi pensada a partir de formas de diferenciação, cujo exemplo mais evidente é a

existência do CS (e mais tarde CS e/ou UCSP) e da USF, com tipologias produtivas de cuidados muito semelhantes, mas cujos modelos distintos, inevitavelmente, diferenciam profissionais e doentes; e, depois, a multiplicação de organismos retalha o sentido de globalidade de cuidados, cuja unidade só será alcançada com uma eficaz articulação, aparentemente inexistente até ao momento, como fica patente nas já citadas avaliações do OPSS.

Quando particularizamos o questionamento sobre os ACES, continua a evidenciar-se o mesmo desconhecimento, em particular na profissão médica, como fica patente nas respostas a esta questão:

— "Mas está a falar dos agrupamentos? Pronto, não estou assim muito bem informada como é que isso vai funcionar, sei que alguns ainda não estão em funcionamento, mas não sei... penso que são organismos que tentam abarcar várias unidades, não é? Que interação com várias unidades? Pronto eu confesso que não estou bem informada, pronto estou mais na USF, não tenho bem essa noção geral, não sei" (E16 – Med USFB).

— "... Sei que há uma directora, mas não sei mais nada. Agora temos reunião na próxima quarta-feira, o Dr. S. vai falar sobre isso. (...) Não estou por dentro. Sinceramente, não" (E13 – Med USFB).

As dúvidas sobre o ACES caracterizam igualmente a opinião, não formada nem informada, de um enfermeiro. Embora se mostre concordante, acabará por reduzir o ACES a um organismo de gestão:

"Isso também é uma situação que eu tenho muitas dúvidas. Eu tenho muitas dúvidas em relação a isso. Eu, sinceramente, não conheço. Sei como é que funcionam as USF etc. e sei como é que vai ser com os Agrupamentos, mas não sei profundamente ainda os ACES... Mas, no entanto, eu vejo, se calhar, muito desperdício de meios, muito desperdício de meios relativamente àquilo que era. Pois! É assim: sinceramente, não tenho nenhuma opinião formada, quanto à reforma, pronto, não sei... Ehh... (...) Eu acho que nós precisamos dessas unidades todas [as unidades que integram os ACES]. Acho que pode funcionar bem. As UCC e não sei quê, para dar apoio. Para os doentes, os que estão dependentes, está muito mau. Eu acho que a Rede [Rede Nacional de Cuidados Continuados] está péssima e, portanto, acho muito bem. Evidentemente tem que haver um organismo que gira isso tudo. É o ACES, pronto. É preciso ter lá alguém e condições e gerir isso tudo, mas acho que pode funcionar muito bem" (E11 – Enf USFB).

Por seu turno uma outra enfermeira mostra-se concordante com os agrupamentos e salienta as facilidades da comunicação que se estabelecem com os órgãos dirigentes do ACES, conhecedores da zona, como diz:

"Acho bem, porque assim há um controlo mais de perto. Há uma comunicação mais de perto. A pessoa que está a dirigir os ACES é daqui da zona e há uma maior ligação e ela já conhece muito melhor as necessidades porque também trabalhou na área" (E7 – Enf USFB).

Biscaia *et al* (2008, 233) dizem que o ambiente que se gerou em torno desta reforma é de extremos, mesmo de paixão, mas raramente de indiferença. Nos profissionais vai desde posições que a consideram a última hipótese dos CSP e aquilo para que se preparam desde sempre até à oposição feroz. Neste estudo, o traço mais marcante sobre a reforma é de um profundo desconhecimento, revelador também de um claro desinteresse.

Sobre a generalização da USF a todo o país, os posicionamentos dos profissionais são claramente favoráveis:

— "Acho que sim, acho que sim. Acho que sim, que é mais vantajoso" (E1 – Adm USFA).

— "Sim. É assim, o CS como organização nunca poderá deixar de existir, porque tem que haver uma gestão por alguém ligado à ARS, tem que haver um controlo, mas claro que as unidades de saúde neste momento facilitam imenso a vida ao utente. Disso não dúvida e eu sou adepta que sim" (E3 – Adm USFA).

— "Neste momento, em quase todos os CS já há pelo menos uma USF. Portanto, e caminha para que todos os CS sejam constituídos por USF. (...) Mas eu acho que sim, eu acho que o modelo USF e, futuramente, em articulação com todos os outros serviços do CS, quando estiverem estruturados, eu acho que sim, que é um óptimo modelo" (E8 – Enf USFA).

Mas uma enfermeira levanta mais uma interrogação de inquestionável pertinência:

"Eu acho que não deveria ser preciso. Então é preciso pagar para a gente trabalhar? Eu acho que a gente no CS onde estava, se há o director, era o director que pedia resultados aos médicos, o chefe pedia resultados aos enfermeiros!" (E5 – Enf USFA)

Assim resumida, esta interpelação encerra a questão lapidar que qualquer cidadão (e

sociólogo) pode legitimamente colocar: porque é que não se aplicaram os novos modelos organizativos e as formas de gestão aos centros de saúde? Porque é que se retalhou o sistema de cuidados primários em múltiplas unidades de prestação destes serviços?

CONCLUSÃO

Ao longo das últimas décadas o sector dos cuidados de saúde primários foi ciclicamente atravessado por reformas, cujo alcance transformador foi incapaz de lhe atribuir um lugar de efectiva primazia no Serviço Nacional de Saúde, tal como sempre preconizaram as políticas. Esta contradição entre o definido e o concretizado constituiu a primeira motivação para a realização deste estudo. Procurava-se encontrar explicações sociológicas que acrescentassem conhecimento sobre um sector de vital importância para a saúde dos portugueses. A coincidência cronológica entre o calendário académico, o início de um novo ciclo político e a implementação da reforma criou as condições para que a investigação incluisse no âmbito da pesquisa o estudo da mudança que se começava a operar.

A reflexão teórica apresentada no Capítulo I, da Parte I, o percurso empírico desenvolvido e as múltiplas facetas da realidade estudada vieram mostrar a necessidade de investigação sociológica, até agora pouco atenta ao tema. Com efeito, e como mostrámos na abordagem teórica, as mudanças que se verificam nos cuidados de saúde, um pouco por toda a Europa, exigem a revisitação de conceitos e teorias produzidos em décadas anteriores, de reconceptualizações da realidade, bem como da produção de novos postulados explicativos. Ora, se o tema começa a ser objecto de alguma teorização na sociologia britânica e francesa, em Portugal esse trabalho é incipiente ou praticamente inexistente.

Bibliograficamente desapoitados e teoricamente vulneráveis, levámos a cabo esta investigação que agora se conclui. Definimos um conjunto de objectivos que tentávamos alcançar com uma estratégia metodológica alicerçada em duas técnicas de pesquisa: a observação-participante e a entrevista. Um breve exercício retrospectivo do percurso empírico e dos recursos metodológicos parece mostrar a adequação das técnicas utilizadas e a operacionalidade do projecto de investigação. O projecto era exequível (todas as

dificuldades encontradas residiam nas vicissitudes do objecto de estudo), foi capaz de concretizar os objectivos propostos e de originar matéria empírica suficientemente produtiva para a validação da problematização das hipóteses. É agora possível dizer que obtivemos um conhecimento abrangente sobre o centro de saúde e a USF, que percebemos lógicas de reprodução simbólica do lugar do centro de saúde na hierarquia dos serviços que fazem parte do Serviço Nacional de Saúde, e que inventariámos o impacto das medidas reformadoras e o posicionamento dos profissionais face à mudança e às políticas.

As profissões, os modelos organizativos e a natureza do conteúdo do trabalho caracterizam-se por forças com movimentos antagónicos, que ora empurram a realidade para quadros de profunda mudança ora parecem imobilizá-la numa estagnação de formas e sentidos, impondo uma linha de continuidade nas práticas e nos discursos. É assim mesmo: os processos de mudança organizacional nunca têm um sentido de linear. Talvez por isto, estejamos novamente a repegar conceitos como desprofissionalização e proletarização, propostos, porém, para contextos antevistos há alguns anos. Ou seja, depois das investigações hospitalares darem conta da insuficiência da teoria weberiana para o estudo das organizações e da aceitação das teses profissionalismo, as propostas teóricas agora em debate ocuparam-se da discussão em torno do fim do profissionalismo e da sua inoperabilidade na compreensão das novas realidades.

Foi à luz das diferentes perspectivas existentes que reflectimos e traçámos o quadro teórico. A solidez das dimensões encontradas na pesquisa empírica vieram demonstrar que a estrutura teórica estava adequadamente definida e que os conceitos nucleares se mostraram suficientemente operacionalizáveis para a interpretação da realidade.

Partindo dos estudos realizados sobre o centro de saúde em Portugal definimos uma primeira hipótese de trabalho que questionava sobre a condição de menoridade científica e social desta instituição. A caracterização dos contextos e dos espaços de trabalho, quer na sua componente arquitectónica quer na configuração das hierarquias simbólicas, bem como a análise dos discursos dos profissionais, permitiu mapear as linhas de continuidade do passado desta organização, confrontar o centro de saúde e o hospital e concluir pela confirmação da hipótese formulada: o centro de saúde ocupa um lugar periférico no SNS e os profissionais que ali trabalham assumem que não são socialmente reconhecidos nem

prestigiados.

Ainda no modelo de organização do centro de saúde foi possível perceber que existe uma linha de autoridade dual, onde se encontra a autoridade racional e a autoridade profissional, que permite ajustamentos diários às regras administrativas. A autoridade racional, representada pelo Estado e protagonizada pelo director do centro de saúde, corporizada nas normas legais e nas regras internas, tende, porém, a desmaterializar-se nos quotidianos de trabalho, quer pela invisibilidade da função reguladora do Estado quer pelas frequentes ausências da figura do director. Origina-se assim uma malha normativa, formalmente invisível, mas informalmente actuante, estruturalmente inscrita no modelo da organização, onde residem uma efectiva capacidade de regulação das actividades e dos tempos de trabalho.

A autoridade profissional, embora pouco musculada na sua actuação, é suficientemente eficaz para interceptar a autoridade racional e impor um conjunto de regras informais, embora de alcance distinto consoante os grupos profissionais. Foi possível identificar um uso distinto, na forma e no conteúdo, da autoridade profissional: mais robusta na profissão médica, surge mais fragilizada na categoria dos enfermeiros e mais ainda no grupo dos administrativos.

A reforma, desenhada para reconfigurar o centro de saúde e (re)posicionar os cuidados de saúde primários no centro do SNS, foi gerando efeitos mais ou menos pronunciados e perplexidades várias, em ritmos de concretização de maior e menor intensidade. A segunda hipótese definida questionava sobre as mudanças produzidas pelas medidas reformativas no plano organizacional e profissional. Concluimos pela existência de um duplo vector de continuidade e mudança. No plano organizacional, a mudança inscreve-se sobretudo nas disposições formais e nos contextos materiais do trabalho – as instalações, novas ou restauradas, e a nova estrutura informática e mobiliária, são a face mais visível da mudança. Os novos modelos de organização do trabalho e de produção de cuidados incluem-se na componente organizacional, mas a sua influência alastra-se ao plano profissional. Altera-se a forma de fazer, mantém-se o que se faz. Mudam os modelos enquadramentos da actividade desenvolvida, reproduz-se grande parte das práticas profissionais.

O estudo da USF A, pela sua peculiar origem, permitiu conhecer os efeitos mais directos

e, porventura, menos esperados e menos acautelados da reforma. Hiatos de carreiras e vidas profissionais que seriam incapturáveis em qualquer análise sociológica se o acaso dos percursos da investigação e da reforma não nos tivessem, literalmente, imposto novos ângulos de análise. Efeitos a que chamamos de perplexidades da reforma. Quando, de um dia para o outro, o centro de saúde deixa de existir enquanto unidade prestadora de cuidados, embora não deixando de o ser; quando, de um dia para o outro, os funcionários que não integraram a USF deixam de ter funções atribuídas, embora mantendo os seus cargos; quando, de um dia para o outro, o director mantém o cargo, mas não tem quem dirigir; quando, de um dia para o outro, o enfermeiro-chefe é chefe dos enfermeiros, mas restam-lhe apenas dois enfermeiros, sem funções; quando esta a indefinição se prolonga por meses; quando os próprios actores não encontram nem sentido nem explicação para os acontecimentos, de facto, gera-se uma grande perplexidade.

A USF B permitiu recolher informação sobre as novas formas organizacionais, aqui já verdadeiramente instaladas nos hábitos, nas rotinas e nas práticas. Incomparáveis na origem e nos percursos, USF A e USF B representam contextos negociais distintos: na USF B a porosidade da malha de regulação informal possibilita o esbatimento da diferenciação simbólica. As formas de ordenação distintiva estão igualmente presentes e operantes na diferenciação dos actores (profissionais e doentes), mas a proximidade gerada pela interacção social ilude-a, num aparente regime igualitário. Na USF A as formas de demarcação da diferença são mais pronunciadas e a hierarquia simbólica reproduz e acentua o sistema de distinção formal.

O modelo USF – enquadrado pela nova gestão pública – recoloca no centro da discussão conceitos que tem atravessado a teorização sociológica sobre as profissões da saúde, impondo novos ângulos de reflexão. As novas regras de administração do trabalho assentam num sistema burocrático e burocratizante das funções. Neste sentido, a teoria weberiana continua a mostrar-se extremamente útil para o estudo das organizações de saúde. Agora, mais do que nunca, a estrutura burocrática define as regras de organização do trabalho. Mais: define, rigorosa e racionalmente, os tempos e os actos de cada tarefa, aproximando-se, assim, dos princípios tayloristas.

Os programas informáticos, concebidos por entidades externas e desligados da realidade do trabalho, geram uma quase total separação entre as funções de concepção e execução.

O *one best away* determina o tempo, o como e o quando da execução dos actos. Neste sentido, podemos dizer que o trabalho em USF sofre de um processo de taylorização. Mas podemos também identificar traços de desprofissionalização: a rotinização laboral, a codificação e a padronização da informação – a montante da intervenção, pela definição informática do que se faz; e a jusante pela obrigatoriedade do registo do que se fez, a partir do preenchimento de parâmetros informaticamente definidos – provocam uma erosão dos saberes profissionais. Não estarão os trabalhadores a transformarem-se em administrativos de registo informático? E, neste sentido, não estaremos face a uma redução da autonomia profissional?

A standardização do trabalho acentua-se. O modelo organizativo da USF assenta num sistema de contratualização composto por um conjunto de indicadores, cada um mensurado em unidades de ponderação, cujo valor pecuniário impele os funcionários para a sua concretização. O sistema de incentivos e compensações, com um valor específico para cada unidade ponderada, reforça a fragmentação das tarefas e orienta o empenho e o desempenho dos profissionais na obtenção da recompensa. Comporta ainda outro efeito: gera "ganhos em saúde", traduzidos na produção de mais cuidados e no atendimento de mais doentes. O conceito de "ganhos em saúde", que não pretendemos agora discutir, afere-se sobretudo pela dimensão quantitativa dos actos realizados. Mas, como ficou patente nos capítulos anteriores, comporta dentro de si evidentes limitações à aplicação da matriz ideológica da medicina geral e familiar e de enfermagem nas suas práticas diárias.

O sistema de controlo dos profissionais é agora exercido por uma presença constante dos sistemas informáticos de vigilância. Materialmente ausente, a fiscalização do Estado faz-se através de cada computador, existente em cada gabinete ou espaço de trabalho, numa rede tentacular de pontos de vigilância permanente. Um "olho" invisível de regulação organizacional, tão eficaz quanto redutor da autonomia profissional. Podemos, então, falar de proletarização das profissões?

Concluimos pela existência de traços de proletarização e desprofissionalização das profissões de enfermagem e medicina geral e familiar, em consonância com as mais recentes investigações levadas a cabo pela sociologia britânica. Note-se, porém, que os estudos produzidos sublinham a inexistência de evidência empírica que nos permita avançar com linhas teóricas suficientemente sólidas para caracterizar as profissões no

actual contexto de mudança. Face ao estudo que desenvolvemos, podemos afirmar que: 1) inequivocamente, a mudança dos modelos de gestão transformou as práticas laborais; 2) existem sinais que parecem denunciar a existência de processos de proletarização e desprofissionalização, embora com contornos muito indefinidos; 3) estes conceitos, úteis para o estudo das profissões, evidenciam graus de inoperabilidade que importa reflectir. É que se as novas realidades laborais do trabalho em saúde fazem diariamente emergir indícios destes processos, também emitem sinais que parecem escapar ao alcance teórico dos conceitos, sobre os quais nos parece urgente reflectir. Vejamos: as teses da desprofissionalização acentuam a emergência de utilizadores mais esclarecidos por força da democratização no acesso à informação e pela generalização da escolaridade. Mas, como pudemos ver pela análise efectuada, nesta investigação não figuram esses traços. As consultas de MGF e as intervenções de enfermagem mostram um doente com baixa escolaridade e pouco conhecedor de informação em saúde. Não serão, pois, os doentes os elementos que mais participam nesse processo de desprofissionalização. Outro aspecto que foi merecendo reflexão silenciosa e prudente ao longo da pesquisa foi o conceito de proletarização: em USF melhoram as condições materiais de trabalho e as mais-valias produzidas são directamente auferidas pelos trabalhadores. Neste sentido, podemos dizer que os profissionais se proletarizam?

Esta será, porventura, a primeira investigação sobre os cuidados de saúde primários em sociologia e deixa patente a necessidade de se produzir mais investigação. É que se este era um tema rico para o questionamento sociológico, o trabalho empírico veio levantar mais questões que merecem a atenção da sociologia. Acrescente-se ainda que a reforma está por estudar e os ACES, enquanto unidades que introduzem novas formas de gestão e "governança" clínica, são desconhecidos para a sociologia. O que faz cada uma das novas unidades criadas pelos ACES? O que as diferencia? Em que consistem os novos modelos de "governança" clínica? Que impactos estão a produzir os ACES sobre as profissões em saúde? Que processos de re-hierarquização estão a ocorrer? Que formas estão a ser desenvolvidas para a articulação inter-institucional? Esta reconfiguração do sector será capaz de originar processos de prestígio social para as organizações e para os profissionais? E o do outro lado – os doentes. Que vantagens advém para a população utente? O que são "ganhos em saúde" na perspectiva dos utilizadores? Quais as repercussões dos meios informáticos sobre relação profissional-doente? Multiplicam-se as

interrogações, sinal inequívoco de que este campo reclama mais investigação e atenção da sociologia.

Por nós, fica clara a vontade, e a determinação, de prosseguir esta linha de investigação. É que ao longo do todo o percurso de pesquisa a matéria em análise engrossava diariamente a lista do questionamento sociológico e reforçava o desejo de aprofundar o tema. E agora, já na fase final do trabalho, enquanto nos *recolhíamos* para o redigir, mantivemos uma atenção vigilante ao curso das políticas e fomos colhendo ecos da turbulência que está instalada no terreno. Que sentido e que sentidos para esta mudança?

BIBLIOGRAFIA

- ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde (2008), "Balanço Social Global do Ministério da Saúde 2009", ACSS, Lisboa, disponível em <http://www.acss.minsaude.pt/Direc%c3%a7%c3%b5eseUnidades/EstudosePlaneamento/UnidadeFuncionaldeEstudosePlaneamentoemRH/EstudoseRelat%c3%b3rios/Balan%c3%a7osSociais/tabid/333/language/pt-PT/Default.aspx>.
- ACSS – Ministério da Saúde e MCSP – Administração Central do Sistema de Saúde, Ministério da Saúde e Missão Cuidados de Saúde Primários (2010), "Unidades de Saúde Familiares e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados – Metodologia de Contratualização", ACSS, Lisboa, disponível em http://www.mcsp.minsaude.pt/Imgs/content/page_46/metodologiacontratualizacousf_2010_publicada.pdf
- ACSS – Ministério da Saúde e MCSP – Administração Central do Sistema de Saúde, Ministério da Saúde e Missão Cuidados de Saúde Primários (2009), "Unidades de Saúde Familiares. Metodologia de Contratualização, USF Modelo A e Modelo B", ACSS, Lisboa, disponível em http://www.mcsp.min-saude.pt/Imgs/content/page_46/Contratualizacao_USF_2009_v_1_3.pdf
- AFONSO, Pedro Beja (2010), "Contratualização em ambiente de cuidados de saúde primários", *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Volume Temático, nº 9, pp. 59 – 64.
- ALLSOP, Judith (2006), "Medical dominance in a changing world: the UK case", *Health Sociology Review*, nº 15, pp. 444 – 457.
- ALMEIDA, João Ferreira e José Madureira Pinto (1986), "Da teoria à investigação empírica. Problemas metodológicos gerais", em Augusto Santos Silva e José Madureira Pinto (orgs), *Metodologia das Ciências Sociais*, Edições Afrontamento, Porto.
- Alto Comissariado para a Saúde (2010), *Atlas do Plano Nacional de Saúde*, Alto Comissariado para a Saúde, Lisboa.
- Alto Comissariado para a Saúde (s/d), "Plano Nacional de Saúde 2011 – 2016, visão, modelo conceptual e estratégia de elaboração", disponível em <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2010/07/Documento-Estrategico-PNS-2011-2016.pdf>
- AMBLARD, Henri *et al* (2005), *Les Nouvelles Approches Sociologiques des Organisations*, Éditions du Seuil, Paris.
- ANNANDALE, Ellen (1999), *The Sociology of Health and Medicine: a critical introduction*, Polity Press, Oxford.
- ANTUNES, João Lobo (2003), "A profissão de médico", *Análise Social*, nº 166, vol. XXXVIII, pp. 77 – 99.
- ANTUNES, Manuel (2001), *A doença da Saúde*, Quetzal, Lisboa.
- ARLIAUD, Michel e Magali Robelet (2000), "Reformes du système de santé et devenir du «corps médical»", *Sociologie du Travail*, nº 42, pp 91 – 112.
- ARMSTRONG, David (2002), "Clinical autonomy, individual and collective: the problem of changing doctor's behavior", *Social Science & Medicine*, nº 55, pp. 1991 – 1777.
- Associação Portuguesa de Psoríase (2010), "Psoríase, o que é?" disponível em http://www.psoportugal.com/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=24&Ite

mid=48)

- Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral (2002), "Medicina Geral e Familiar: colapso ou ressurgimento?", APMCG, texto de trabalho, disponível em http://www.apmccg.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=27436
- Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral (s/d.), "Um futuro para a Medicina de Família. Declaração da Madeira", Direcção Nacional da APMCG, APMCG.
- ATHINKSON, Paul (1981), *The Clinical Experience. The construction and reconstruction of medical reality*, Londres, Grower Publishing.
- BAGANHA, Maria Ioannis, *et al* (s/d), "O sector da saúde em Portugal: funcionamento do sistema e caracterização sócio-profissional", Centro de estudos Sociais, Faculdade de Economia de Coimbra, disponível em <http://www.ces.uc.pt/publicacoes/oficina/182/182.pdf>
- BALINT, Michael (1998), *O Médico, o seu Doente e a Doença*, Climepsi, Lisboa.
- BARDIN, Laurence (1994), *Análise de Conteúdo*, Edições 70, Lisboa.
- BARNETT, Ross, Pauline Barnett e Robin Kearns (1998), "Declining professional dominance?: trends in the proletarianisation of primary care in New Zealand", *Sociology of Science and Medicine*, Vol. 46, nº 2, pp. 193 – 207.
- BARROS, Pedro Pita e Jorge de Almeida Simões (2007), *Health System in Transition, Portugal health system review*, Editado por Sara Allin e Elias Mossialos, European Observatory of Health Systems and Policies.
- BASTO, Marta Lima (2005), "Da (in)visibilidade do trabalho das enfermeiras à produção de saberes em enfermagem: cuidados prestados em centro de saúde", *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Vol. 23, nº 1, pp. 25 – 41.
- BASZANGER, Isabelle (1981), "Socialisation professionnelle et contrôle social. Le cas des étudiants en médecine futurs généralistes", *Revue Française de Sociologie*, XXII, pp. 223 – 245.
- BASZANGER, Isabelle (1983), "La construction d'un monde professionnel: entrée des jeunes praticiens dans la médecine générale", *Sociologie du Travail*, nº 3, pp. 275 – 294.
- BASZANGER, Isabelle (1990), "Emergence d'un groupe professionnel et travail de légitimation – les cas des médecins de la douleur", *Revue Française de Sociologie*, XXXI, pp. 257 – 282.
- BAUMAN, Zygmunt (2001), *Modernidade Líquida*, Jorge Zahar Editor, Rio de Janeiro.
- BENJUMEA, Carmen de la Cuesta (2003), "El Investigador Como Instrumento Flexible de la Indagación", *International Journal of Qualitative Methods*, vol 2, nº 4, pp. 25 – 38, disponível em http://www.ualberta.ca/~iiqm/backissues/2_4/pdf/delacuesta.pdf
- BERNOUX, Philippe (2009), *La Sociologie des organisations*, Éditions du Seuil, Paris.
- BERNOUX, Phillippe (2004), *Sociologie du Changement dans les Entreprises et les Organisations*, Éditions du Seuil, Paris.
- BISCAIA, André Rosa *et al* (2008), *Cuidados de Saúde Primários em Portugal, reformar para novos sucessos*, Padrões culturais editora, Lisboa.
- BISCAIA, André Rosa *et al.* (2006), *Cuidados de Saúde Primários em Portugal: Reformar para novos sucessos*, Padrões culturais editora, Lisboa.
- BISCAIA, André Rosa, (2006a), "A reforma do pensamento em saúde" *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, Vol. 22, nº 1, pp. 63 – 64.

- BISCAIA, André Rosa, (2006b), “A reforma dos cuidados de saúde primários e a reforma do pensamento” *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, Vol. 22 nº 1, pp. 67 – 79.
- BLANE, David (1991), “Health professions“, em Graham Scambler, *Sociology as applied to Medicine*, Baillière Tindell, Londres.
- BLAU, Peter e Richard Scott (1979), *Organizações Formais*, Editora Atlas, Brasil.
- BLAXTER, Mildred (2004) *Health*, Polity Press, Cambridge.
- BLUMER, Herbert (1969), “The methodological position of symbolic interactionism”, em Herbert Blummer, *Symbolic interactionism. Perspective and Method*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs (Nova Jérсия), pp. 1 – 60.
- BOERMA, Wienkie (2003), *Profiles of General Practice in Europe: An international study of variation in the tasks of general practice*, Nivel, The Netherlands.
- BOERMA, Wienkie (2006), “Coordination and integration in Europe primary care”, em R. B. Saltman, A. Rico e W.G.W. Boerma, *Primary Care in the Drivers Seat? Organizational reform in Europe primary care*, Berkshiere, European Observatory on Health Systems and Policies Series, Open University Press, pp. 3 – 21.
- BOERMA, Wienkie e Ana Rico (2006), “Changing conditions for structural reform in primary care”, in R. B. Saltman, A. Rico e W.G.W. Boerma, *Primary Care in the Drivers Seat? Organizational reform in Europe primary care*, Berkshiere, European Observatory on Health Systems and Policies Series, Open University Press, pp. 50 – 67.
- BOERMA, Wienkie e Car-Ardy Dubois. (2006), “Mapping primary care across Europe”, in R. B. Saltman, A. Rico e W.G.W. Boerma, *Primary Care in the Drivers Seat? Organizational reform in Europe primary care*, Berkshiere, European Observatory on Health Systems and Policies Series, Open University Press, pp. 22 – 49.
- BOURDIEU, Pierre (1977), *Razões Práticas. Sobre a Teoria da Acção*, Celta, Oeiras.
- BOURDIEU, Pierre (1998), *O que Falar Quer Dizer*, Difel, Algés.
- BOURDIEU, Pierre (2001), *Razões Práticas sobre a Teoria da Acção*, Celta, Oeiras.
- BOURDIEU, Pierre (2002), *Esboço de uma Teoria da Prática. Precedido de três estudos de etnologia Cabila*, Celta, Oeiras.
- BOURGEAULT, Ivy e Gillian Mulvale (2006), "Collaborative health care teams in Canada and the USA: confronting the structural embeddedness of medical dominance", *Health Sociology Review*, nº 15, pp. 481 – 495.
- BOUYCE, Rosalie (2006), "Emerging from the shadow of medicine: allied health as a «profession community» subculture", *Health Sociology Review*, nº 15, pp. 520 – 534.
- BRANCO, António Gomes e Vítor Ramos (2001), “Cuidados de Saúde Primários em Portugal”, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Volume Temático, pp. 5 – 12.
- BRANCO, António Gomes *et al* (1984), “O que é a clínica geral?”, *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, Ano 1, nº 3, pp. 7 – 11.
- BRANDÃO, Jorge (2007), "Relação médico-doente: sua complexidade e papel dos grupos Balint", *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, vol. 23, pp. 733 – 744.
- BROCLAIN, Dominique (1994), “La médecine générale en crise?”, em Pierre Aïach e Didier Fassin, *Les Métiers de la Santé: enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Atropos, pp. 121 – 160.

- BROOM, Alex (2006), "Reflections on the centrality of power in medical sociology: an empirical test and theoretical elaboration", *Health Sociology Review*, nº 15, pp. 496 – 505.
- BUNGENER, Martine e Isabelle Baszanger (2002), "Médecine générale, le temps des redéfinitions", em Isabelle Baszanger, Martine Bungener e Anne Paillet, *Quelle Médecine voulons-nous?*, La Dispute État des Lieux, Paris.
- BURGESS, Robert (1997), *A Pesquisa de Terreno: uma introdução*, Celta Editora, Oeiras.
- CABRAL, Manuel Villaverde (coord) et al (2002), *Saúde e Doença em Portugal*, Imprensa de Ciências Sociais, Lisboa.
- CABRAL, Manuel Villaverde e Pedro Alcântara da Silva (2009), *O Estado da Saúde em Portugal*, Imprensa de Ciências Sociais e Ministério da Saúde, Lisboa.
- CALNAN, Michael e Jonathan Gabe (1991), "Recent developments in general practice: a sociological analysis", em Jonathan Gabe, Michael Calnan e Michael Burry, *The Sociology of Health Service*, Londres e Nova Iorque, Routledge, pp. 140 – 161.
- CALNAN, Michael e Jonathan Gabe (2009), "The reestratification of primary care in England? A sociological analysis", em Jonathan Gabe e Michael Calnan, *The New Sociology of Health Serve*, Routledge, Londres, pp. 56 – 78.
- CAMPOS, António Correia de (1986), "Um serviço nacional de saúde em Portugal: aparência e realidade", *Revista Crítica de ciências Sociais*, nº 18/19/20, pp. 601 – 618.
- CAMPOS, António Correia de (1988), "Cuidados primários em centros de saúde: contributo da economia para melhorar as eficiências" *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, Ano 5 nº 35, pp. 17 – 27 e 29.
- CAMPOS, António Correia de (2002), "Despesa e défice na saúde: o percurso financeiro de uma política pública" *Análise Social*, Vol. XXXVI, n.º 161, pp. 1079 – 1104.
- CAMPOS, António Correia de (2004) "Escolas de saúde pública: velhas e novas missões", *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Volume Temático, pp. 35 – 36.
- CAMPOS, António Correia de (2006), "Prefácio – Uma oportunidade histórica", em MCSP, *Linhas de Acção Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários*, MCSP.
- CAMPOS, António Correia de (2008), *Reformas da Saúde – o fio condutor*, Almedina, Coimbra.
- CARAPINHEIRO, Graça (1993), *Saberes e Poderes no Hospital: para uma sociologia dos serviços hospitalares*, Afrontamento, Porto.
- CARAPINHEIRO, Graça (1999) "Depoimento", em Debates, Presidência da República, *Problemas e Propostas para o Sistema de Saúde*, Imprensa Nacional Casa da Moeda, Coimbra, pp. 103 – 111.
- CARAPINHEIRO, Graça (2001), "Inventar percursos, reinventar realidades: doentes, trajectórias sociais e realidades formais", *Etnográfica*, Vol. 2, pp. 335 – 358.
- CARAPINHEIRO, Graça (2002), "O método de pesquisa de terreno. A aproximação ao campo e aos informantes", em Francisco Mercado et al, *Investigación Cualitativa en Salud en Iberoamérica, Métodos, análisis y ética*, Universidad de Guadalajara/Centro universitário de Ciencias de la salud, Servicio Vasco de Salud Osakidetza, Universidad Autónoma de San Luis Potosí/Facultad de Enfermería, Universidad Autonoma de Nuevo León/Facultad de Enfermería.

- CARAPINHEIRO, Graça (2004), “Sociologia da saúde e da medicina: um campo em construção”, *Com(Con)Textos de Sociologia*, APS, nº 3, pp. 46 – 53.
- CARAPINHEIRO, Graça (2005), "Do bio-poder ao poder médico", *Estudos do Século XX*, nº 5, pp. 383 – 398.
- CARAPINHEIRO, Graça (2006) “A saúde enquanto matéria política”, em Graça Carapinheiro (Org.), *Sociologia da Saúde: estudos e perspectivas*, Pé de Página Editores, Coimbra, pp. 137 – 164.
- CARAPINHEIRO, Graça e Margarida Gameiro Pinto (1987), “Políticas de saúde num país em mudança: Portugal nos anos 70 e 80”, *Sociologia: Problemas e Práticas*, nº 3, pp. 73 – 109.
- CARAPINHEIRO, Graça e Maria José Hespanha (1997), *Articulação entre cuidados primários e cuidados hospitalares: uma análise sociológica*, Relatório final (policopiado).
- CARAPINHEIRO, Graça e Paula Page (2001), “As determinantes globais do sistema de saúde português”, em Graça Carapinheiro e Paula Page (Orgs.), *Risco Social e Incerteza: poderá o estado social recuar mais?*, Afrontamento, Porto, pp. 81 – 121.
- CARAPINHEIRO, Graça e Soraya Cortes (2000), “Conflitualidade e mudanças face a novos cenários globais: o caso dos sistemas de saúde português e brasileiro”, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, nº 57/58, pp. 259 – 289.
- CARREIRA, Henrique Medina (1996), “As políticas sociais em Portugal”, em António Barreto (org.), *A Situação Social em Portugal, 1960 – 1995*, ICS, Lisboa, pp. 375 – 498.
- CARRICABURU, Danièle e Marie Ménoret, (2005), *Sociologie de la Santé: Institutions, professions et maladies*, Armand Colin, Paris.
- Carta de Ottawa (1986), *1ª conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*, Ottawa, Canadá.
- Carta Europeia dos Sistemas de Saúde (2008), *Conferência Interministerial Europeia da Organização Mundial de Saúde*, Estónia.
- CASTEL, Patrick (2005), "Le médecin, son patient et ses pairs, une nouvelle approche de relation thérapeutique", *Revue Française de Sociologie*, vol. 46, nº 3, pp. 443 – 467.
- CASTRO, Hélia (2000), "Motivos invocados para a escolha de clínica geral", *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, nº 16, pp. 427 – 439.
- CHARLES-JONES, Huw, Joanna Latimer, e Carl May (2003), “Transforming general practice: the redistribution of medical work in primary care”, *Sociology of Health and Illness*, Vol. 25, nº 1, pp. 71 – 92.
- COBURN, David (2006), "Medical dominance then and now: critical reflections", *Health Sociology*, vol. 15, nº 5, pp. 432 – 443.
- CONCEIÇÃO, Cláudia *et al* (2005), “Os grupos Alfa e a adesão ao Regime Remuneratório Experimental”, *Revista de Clínica Geral*, nº 21, pp. 45 – 59.
- CORTEZ, Isabel (2010), "Desigualdades no acesso aos cuidados de saúde primários – a outra face das USF", *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, nº 26, pp. 189 – 194.
- COSTA, António Firmino da (1986), “A pesquisa de terreno em sociologia”, em Augusto Santos Silva e José Pinto Madureira (orgs.), *Metodologia das Ciências Sociais*, Afrontamento, Porto, pp. 129 – 148.
- DALY, Jeanne e Ian McDonald (1992) “The problem as we saw it”, em Jeanne Daly, Ian McDonald e Evan Wills, *Researching Health Care: designs, dilemmas, disciplines*,

- Tavistock/Routledge, Londres e Nova Iorque, pp. 1 – 12.
- DÉCHAMP-LE, Catherine Roux (1994) “Vocation médicale et choix professionnel“, em Pierre Aïach e Didier Fassin, *Les Métiers de la Santé: enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Atropos, Paris, pp. 87 – 119.
- Declaração de Alma-Ata (1978), *Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários*, Alma-Ata, URSS. disponível em <http://www.saudepublica.web>
- Declaração de Ouagadougou (2008), *Declaração Ouagadougou sobre cuidados de saúde primários e sistemas de saúde em África: melhorar a saúde em África no novo milénio*, OMS, Burkina Faso.
- Declaração do Milénio (2000), *Declaração do Milénio, Cimeira do milénio*, Nações Unidas, Nova Iorque, disponível em <http://www.unric.org/html/portuguese/uninfo/DecdoMil.pdf>
- DENT, Mike (2006), "Disciplining the medical profession? Implications of patient choice for medical dominance", *Health Sociology Review*, nº 15, pp. 458 – 468.
- DENZIN, Norman e Yvonna Lincoln (1994), “Introduction: entering the field of qualitative research” em, Norman Denzin e, Yvonna Lincoln, *Handbook of Qualitative Research*, Sage Publications, EUA.
- DINGWALL, Robert (1992), “Don’t mind him – he’s from Barcelona”, em Jeanne Daly, Ian McDonald e Evan Wills, *Researching Health Care: designs, dilemmas, disciplines*, Tavistock/Routledge, Londres e Nova Iorque, pp. 161 – 175.
- DINIS, Júlio (1970), *As Pupilas do senhor Reitor*, Livraria Civilização Editora, Barcelos.
- Direcção-Geral da Saúde (2004), *Regime Remuneratório Experimental dos Médicos de Clínica Geral, RRE – Relatório*, disponível em <http://www.dgs.pt/>.
- Direcção-Geral da Saúde (2008), *Centros de Saúde e Hospitais – Recursos e produção do SNS 2007*, DGS, Lisboa, disponível em <http://www.dgs.pt/>
- Direcção-Geral da Saúde (2010), *Centros de Saúde e Unidades Hospitalares, Recursos e produção do SNS 2008*, DGS, Lisboa, disponível em <http://www.dgs.pt/>
- DOPSON, Sue (2009), "Changing forms of managerialism in the NHS: hierarchies, markets and networks", em Jonhathan Gabe e Michael Calnan, *The New Sociology of the Health Service*, Routledge, Londres.
- DUBAR, Claude (1992), “Formes identitaires et socialisation professionnelle”, *Revue Française de sociologie*, Vol. XXXIII, pp. 505 – 529.
- DUBAR, Claude (1997), *A Socialização: construção das identidades sociais e profissionais*, Porto Editora, Porto.
- DWYER, Sonya Corbun (2009), "Space between: on being an insider-outsider in qualitative research", *International Journal of Qualitative Methods*, vol 8, nº 1, pp. 54 – 63.
- ELSTON, Mary Ann (1991), “The politics of Professional power: medicine in a changing health service”, em Jonathan Gabe, Michael Calnan e Michael Burry, *The Sociology of Health Service*, Londres e Nova Iorque, Routledge, pp. 58 – 88.
- ERS – Entidade Reguladora da Saúde (2009) *Estudo do Acesso aos Cuidados de Saúde Primários do SNS*, ERS, Lisboa, disponível em <http://www.ers.pt/actividades/estudos/estudo-do-acesso-aos-cuidados-de-saude-primarios-do-sns>
- ERS – Entidade Reguladora da Saúde (2010), "Caracterização dos utentes a consultas de medicina

- geral e familiar", ERS, disponível em <http://www.ers.pt/atividades/estudos/Relatorio%20Acesso%20MGF.pdf>
- ESCOVAL, Ana (2010), "O processo de Contratualização na Saúde em Portugal (1996 – 2005), *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Volume Temático, nº 9, pp. 7 – 24.
- ESCOVAL, Ana *et al* (2010) "A contratualização em cuidados de saúde primários: o contexto internacional", *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Volume Temático, nº 9, pp. 41 –57.
- EURACT – European Academy of Teachers in General practice (2002), *The European Definition of General practice/Family Medicine*, WONCA, Europe, disponível em http://www.euract.org/index.php?folder_id=24
- EURACT - European Academy of Teachers in General Practice (2005), *The European Definition of General practice/Family Medicine – short version*, EURACT, disponível em http://www.euract.org/index.php?folder_id=25
- EURACT – European Academy of Teachers in General Practice (2005), "A definição Europeia de Medicina Geral e Familiar", *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, nº 21, pp. 511 – 516.
- European Observatory on Health Systems and Policies (2007), "Portugal: Health system review", *Health systems in transition*, vol. 9, nº 5.
- European Union of General Practitioners (2006), "O futuro da mão-de-obra dos médicos de família", tradução de Luís Santiago e Jaime Correia de Sousa, *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, Vol. 22, pp 647 – 649.
- FERONI, Isabelle e KOBER, Smith (1995), "Contrôle et régulation de la profession d'infirmière. Une comparaison France/Grande-Bretagne" *Sciences Sociales et Santé*, vol. 13, nº 3, pp. 35 – 68.
- FERREIRA, Ana Sofia *et al* (2010), "A contratualização de cuidados de saúde", em Jorge Simões (Coord.), *30 anos de serviço nacional de saúde – um percurso comentado*, Almedina, Coimbra.
- FERREIRA, F. A. Gonçalves (1990), *História da Saúde e dos Serviços de Saúde*, Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa.
- FERREIRA, J. M. Carvalho (2001) "A escola das Relações Humanas", em J. M. Carvalho Ferreira, José Neves e António Caetano, *Manual de Psicossociologia das Organizações*, Mc Graw Hill, Lisboa.
- FERREIRA, Pedro Lopes (1999), *A voz dos doentes: satisfação com a medicina familiar*, Direção Geral de Saúde, Ministério da Saúde.
- FERREIRA, Pedro Lopes e Ana Escoval (2010), "Desafios em tempos de crise", *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, nº 26, pp. 264 – 270.
- FERREIRA, Pedro Lopes e Patrícia Antunes (2009), *Monitorização dos Profissionais das USF, sondagem às primeiras 143 USF*, Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- FERREIRA, Pedro Lopes *et al* (2010), *O Valor dos Cuidados Primários: perspectiva dos utilizadores das USF – 2009*, Ministério da Saúde e MCSP, Lisboa.
- FOUCAULT, Michel (1963), *La Naissance de la Clinique*, PUF, Paris.
- FOUCAULT, Michel (2007), *Microfísica do Poder*, Graal, S. Paulo.
- FREEMAN, Richard (2000), *The Politics of Health In Europe*, *European Policy Research Unit*

- Series, Manchester University Press, Manchester e Nova Iorque.
- FREIDSON, Eliot (1976) "Applications of organizational theory: models of organization and service for health care", em Madalena S. *et al*, *Health, Medicine and society*, Warsaw-Poland, Polis Scientific Publishers, pp. 349 – 361.
- FREIDSON, Eliot (1984), *La Profession Médicale*, Paris, Payot.
- FREIDSON, Eliot (1987), "The medical profession in transition", em Linda Aiken e David Mechanic, *Applications of Social Science to Clinical Medicine and Health Policy*, University Press, Chicago, pp. 63 – 79.
- FREIDSON, Eliot (1988), *Professional Powers: a study of the institutionalization of formal knowledge*, University of Chicago Press, Chicago.
- FREIDSON, Eliot (1994), *Professionalism Reborn-Theory, Prophecy and Policy*, Polity Press, Cambridge.
- FREIDSON, Eliot (2001) "La teoría de las profesíons: estado del arte", *Perfiles Educativos*, Universidad Nacional Autónoma de México Centro de estudios sobre la Universidad, México, pp 28 – 43.
- GABE, Jonathan *et al* (1994), "Understanding medical dominance in the modern world", em Jonathan Gabe, David Kelleher e Gareth Williams, *Challenging Medicine*, Routledge, Londres e Nova Iorque.
- GASPAR, Dina (2006), "Medicina Geral e Familiar: uma escolha gratificante", *Acta Médica Portuguesa*, nº 19, pp. 133 – 140.
- GASPAR, Dina (2010a), "Escolher a especialidade de medicina geral e familiar: opção inicial ou uma alternativa"; *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, nº 26, pp. 354 – 368.
- GASPAR, Dina (2010b), "Internato médico de medicina geral e familiar – quem somos? O perfil do médico interno de medicina geral e familiar, em Portugal", *Acta Médica Portuguesa*, nº 23, pp. 39 – 50.
- GCRCSP – Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários (2010) *Tempos Decisivos*, GCRCSP, disponível em <http://www.mgfamiliar.net/RelatorioGCRCSP2010.pdf>
- GIDDENS, Anthony (1992), *As consequências da Modernidade*, Celta Editora, Oeiras.
- GIDDENS, Anthony (2003), *A constituição da Sociedade*, Martins Fontes, S. Paulo.
- GIRALDES, Maria do Rosário (2005), "Avaliação do SNS em Portugal: equidade versus eficiência", *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Vol. 23, nº 2, pp. 21 – 44.
- GOFFMAN, Erving (1993), *A Apresentação do Eu na Vida de todos os Dias*, Relógio D'Água, Stª Mª da Feira.
- GOSS, Mary (1963) "patterns of bureaucracy among hospital physicians, em Eliot Freidson, *The hospital in modern society*, The Free Press, Nova Iorque.
- GRANDE, Nuno (1984), "A Associação e a carreira dos clínicos gerais portugueses", *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, nº 1, pp. 26.
- Grupo de Trabalho da Associação Portuguesa de Economia da Saúde (s/d), "Análise dos Custos do Centro de Saúde e do Regime Remuneratório Experimental", disponível em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/4B0B71BD-1620-4168-BB98-60134AB16A49/0/Relat%C3%B3rioAPESRRE.pdf>.
- GUERRA, Miller (1972), *Progresso na Liberdade*, Moraes, Lisboa.

- GULLÉN, Mauro F. (1990), "Profesionales y burocracia: desprofesionalizacion, proletarizacion y poder profesional en las organizaciones complejas", *Reis*, nº 51, pp. 35 – 51.
- GWYN, Richard (2002), *Communicating Health and Illness*, Sage Publications, Londres.
- HAMON, Hervé (1994), *Nous, Médecins*, Éditions de Seuil, Paris.
- HEATH, Chretien (1984), "Participation in the medical consultation: the co-ordination of verbal and non-verbal behavior the doctor and patient", *Sociology of Health and Illness*, Vol. 6, Nº 3, pp. 311 – 338.
- HELMAN, Cecil (2000), *Culture, Health and Illness*, Betterworth/Hainmann, Oxford.
- HERZLICH, Claudine (1970), *Médecine, Maladie et Société*, École Pratique des Hautes Études e Mouton, Paris.
- HERZLICH, Claudine e Janine Pierret (1984), *Malades d’hier, maladies d’aujourd’hui*, Éditions Payot, Paris.
- HESPAHOL, Alberto e Alexandre Sousa Pinto (2005a), “Cinco anos do Centro de Saúde S. João – Tubo de ensaio”, *Arquivos de Medicina*, Vol. 19, nº 3, pp. 103 – 111.
- HESPAHOL, Alberto e Alexandre Sousa Pinto (2005b), “O regime remuneratório – Tubo de ensaio”, *Arquivos de Medicina*, Vol. 19, nº 3, pp. 113 – 120.
- HUBERMAN, A. Michael e Matthew Milles G. (2002), *The Qualitative Research Companion*, Sage, Thousand Oaks; London, New Delhi.
- ILLICH, Ivan (1975), *Limites para a Medicina*, Livraria Sá da Costa, Lisboa.
- INE – Instituto Nacional de Estatística (2010), "Médicos especialistas por local de residência e especialidade médica, período de referência 2009", disponível em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0001119&contexto=bd&selTab=tab2
- JELLEY, Diana e André Biscaia (2004), "Medicina Geral e Familiar portuguesa – os sucessos e os desafios: uma visão de fora", *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, nº 20, pp. 173 – 189.
- Jornal Médico de Família (2006), III Série, nº 3, de 5 de Julho, disponível em <http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/825A9DC3-B8C8-4AA9-A18C-ED33D026ECF2/0/JMF103pag1.pdf>
- JUSTO, Cipriano (2000), *O Estado das Coisas de Estado – contribuição para a crítica das políticas de saúde em Portugal*, Campo das Letras, Porto.
- KEARNS, Robin e Gesler, Wilbert (1998), *Putting Health into Place: Landscape, identity and well-being*, University Press, Nova Iorque.
- LAHIRE, Bernard (2005), "Patrimónios individuais de disposições. Para uma sociologia à escala individual", *Sociologia, Problemas e Práticas*, nº 49, pp. 11 – 42.
- LARSON, Magali Sarfatti (1977), *The Rise of Professionalism: a sociological analysis*, University of California Press, Berkley e Los Angeles.
- LEE, Thomas (1999), *Using Qualitative Methods in Organizational Research*, Sage Publications, Londres.
- LETOURMY, Alain (2000), “Les politiques de santé en Europe: une vue d’ensemble“, *Sociologie du Travail*, nº 42, pp. 13 – 30.
- LEVINSON, Richard (1998), “Issues at the interface of medical sociology and public health”, em Graham Scambler e Paul Higgs, *Modernity, Medicine and health*, Routledge, Londres e Nova

- Iorque, pp. 66 – 81.
- LOBO, Agostinho (1988), “Cuidados de saúde primários/médico de família – que futuro? Abordagem de um médico de família”, *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, nº 39, pp. 25 – 26 e 32.
- LONG, Debbie *et al* (2006), "The (im)possibilities of clinical democracy", *Health Sociology Review*, nº 15, pp. 506 – 519.
- LOPES, Noémia (2001), *Recomposição Profissional da Enfermagem – Estudo sociológico em meio hospitalar*, Quarteto, Coimbra.
- LOPES, Octávio Gonçalves (1987), “Planeamento em saúde”, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, nº 23, pp. 99 – 114.
- LUPTON, Deborah (1995), *The Imperative of Health*, Sage Publications, Londres.
- MACDONALD, Jonh (1993), *Primary Health Care: medicine in its place*, Earthscan Publications, Londres.
- MACHADO, Hélder (2003a), *Ciência e Humanismo*, Almedina, Coimbra.
- MACHADO, Maria do Céu Soares (2003b), "A feminização da medicina", *Análise Social*, vol. XXXVIII, Nº 166, pp. 127 – 137.
- MAGALHÃES, Luísa e Silvana Ribeiro (2000), “Compreender para intervir: representações e atitudes face ao sistema de saúde pública – resultados de um estudo de caso”, *Comunicação e Saúde*, Cadernos do Noroeste, Série Comunicação, Vol. 14 pp. 495-509.
- MARTINS, José *et al* (2003a), "Caracterização dos profissionais de saúde em Portugal Parte I – como estamos, onde estamos e como nos sentimos?", *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, nº 19, pp. 513 – 517.
- MARTINS, José *et al* (2003b), "Caracterização dos profissionais de saúde em Portugal Parte II – quantos somos e quais somos?", *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, nº 19, pp. 623 – 635.
- MATOS, Tânia *et al* (2010), Contratualização interna vs contratualização externa", *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Volume Temático, nº 9, pp. 161 – 180.
- MAUKSCH, O.Hans (1976), “A social science for conceptualizing family health”, em, Magdalena Sokolowska *et al*, *Health, Medicine, Society*, D. Reifel Publishing, Warsaw-Poland, pp. 281 – 297.
- MCSP (2006), Linhas de Acção Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários, MCSP, Lisboa.
- MCSP (2007), Proposta para a reconfiguração dos centros de saúde, Criação de agrupamentos de centros de saúde, MCSP, Lisboa, disponível http://mcsp.lvengine.com/Imgs/content/page_10/Proposta_Reconfiguracao_CS.pdf
- MCSP (2008a), "Sucessos e Problemas das Unidades de Saúde Familiar, um estudo qualitativo", MCSP, Lisboa, disponível em http://mcsp.lvengine.com/Imgs/content/page_46/Sucessos_Problemas_USF_20080224.pdf
- MCSP (2008b), "Agrupamentos de Centros de Saúde, Linhas de Acção Prioritária", documento de trabalho
MCSP.http://mcsp.lvengine.com/Imgs/content/page_125/3_ACES_Como_implementar.pdf
- MCSP (2010), Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, Plano Estratégico 2010 – 2011, Proposta da Missão para os Cuidados de Saúde Primários, MCSP, Lisboa, disponível em

- <http://www.mcsp.min-saude.pt/engine.php?cat=133>
- MCSP, (2009b), "Carta de Missão", MCSP, disponível em <http://www.mcsp.min-saude.pt/engine.php?cat=12&area=0>
- MCSP, Missão Cuidados de Saúde Primários, MCSP e Ministério da Saúde (2009a), "Unidades de Saúde familiar, Metodologia de contratualização – USF: modelo A e modelo B", disponível em http://www.mcsp.min-saude.pt/Imgs/content/page_46/Contratualizacao_USF_2009_v_1_3.pdf
- MECHANIC, David (1983), "Physicians", em David Machanic, *Handbook of Health, Health Care and the Health Professions*, The Free Press, Londres, pp. 432 – 454.
- MERCADO-MARTÍNEZ, Francisco J. (2002), "Qualitative Research in Latin America: Critical Perspectives on Health", *International Journal of Qualitative Methods*, vol 1, nº 1, pp. 61 – 73.
- MIGUEL, Luis Silva (2010) "Modelo de Gestão nos cuidados de saúde primários", em Jorge Simões (coord.), *30 Anos do Serviço Nacional de Saúde, um percurso comentado*, Almedina, Coimbra.
- Ministério da Saúde (2004), *Plano Nacional de Saúde, 2004/2010: mais saúde para todos*, DGS, Lisboa, Vol. I e II, disponível em <http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/capa.html>.
- Ministério da Saúde (2006), "Orientações para Instalações e Equipamentos de Unidades de Saúde Familiar", Direcção-Geral das Instalações e Equipamentos da Saúde, Ministério da Saúde, disponível em http://mcsp.lvengine.com/Imgs/content/page_46/instalacoes_equipamentos_usf.pdf
- Ministério da Saúde (2006b), "Indicadores de Desempenho para as Unidades de Saúde Familiar, Ministério da Saúde, Lisboa, disponível em http://mcsp.lvengine.com/Imgs/content/page_46/Indicadores_desempenho_USF_MCSP20060412.pdf
- Ministério da Saúde (2006c), "Contratualização com as Unidades de Saúde Familiar para 2007, Ministério da Saúde, Lisboa, disponível em http://mcsp.lvengine.com/Imgs/content/page_46/Contratualizacao%20-%202007.pdf
- Ministério da Saúde (s/da), "Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, nota informativa sobre o novo modelo de governação", Ministério da Saúde, Gabinete da Ministra, disponível em http://www.mcsp.min-saude.pt/Imgs/content/page_56/nota_informativa_modelo_governncsp_julho2010.pdf
- Ministério da Saúde (s/db), "Etapa II da reforma dos cuidados de saúde primários", Ministério da Saúde, Gabinete da Ministra, disponível em http://www.mcsp.min-saude.pt/Imgs/content/page_56/projectos_guiã_set_dez_2010.pdf
- Ministério da Saúde (2010a), "Trabalhos em curso e documentos em elaboração", Ministério da Saúde, s/c.
- Ministério da Saúde (2010b), "Progresso da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários – Relatório 1", Ministério da Saúde, Lisboa.
- MINTZBERG, Henry (1995), *Estrutura e Dinâmica das Organizações*, Dom Quixote, Lisboa.
- MIRANDA, José António (1994), "Como está o médico de família?" *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, Vol. 21 nº 2, pp. 86 – 90.
- MIYATA, Hiroaki e Ichiro Kai (2009) "Reconsidering Evaluation Criteria for Scientific

- Adequacy in Health Care Research: An Integrative Framework of Quantitative and Qualitative Criteria", *International Journal of Qualitative Methods*, vol 8, nº 1, pp. 54 – 63.
- MORGAN, Myfanwy *et al.* (1991), *Sociological Approaches to Health and Medicine*, Londres, Routledge.
- MOURA, M. Silva (1987), “Perfil profissional do clínico geral português”, *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, nº 19, pp. 6 – 19.
- NUNES, Berta (1995), “O clínico geral culturalmente integrado”, *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, nº 12, pp. 238 – 250.
- NUNES, José Mendes (2009), "A abertura da consulta: o fim está no princípio", *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, nº 25, pp. 199 – 207.
- NUNES, Luís Santos (1986), “Para uma filosofia da clínica geral”, *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, nº 17, pp. 20 – 22.
- OLIVEIRA, Adelaide *et al* (2007), *USF as primeiras 50*, VFBM Comunicação Limitada, Lisboa.
- OLIVEIRA, Adelaide *et al* (2008), *USF Objectivo: 100*, VFBM Comunicação Limitada, Lisboa.
- OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2003) *Saúde: que Rupturas?* Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa.
- OPSS – Observatório Português para os Sistemas de Saúde (2006), *Um Ano de Governação: sentidos e significados*, Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.
- OPSS – Observatório Português para os Sistemas de Saúde (2007), *Luzes e Sombras: a governação em saúde*, Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.
- OPSS – Observatório Português para os Sistemas de Saúde (2008), *Sistema de Saúde Português: riscos e incertezas*, OPSS, ENSP – UNL, Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra e da Universidade de Évora.
- OPSS – Observatório Português para os Sistemas de Saúde (2009), *10/30 Anos: Razões para Continuar*, Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra e da Universidade de Évora.
- OPSS – Observatório Português para os Sistemas de Saúde (2010), *Desafios em Tempos de Crise*, OPSS, Lisboa.
- Organização Mundial de Saúde (2008), *Primary Health Care: now more than ever*, Relatório Mundial de Saúde, OMS, disponível em http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf
- OUTEIRINHO, Conceição (2005), "Internato complementar de clínica geral na zona norte – uma década", *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, nº 21, pp. 69 -78.
- OYARBIDE, José M. U. (1994), "Tiempo y espacio en un centro de salud", *REIS*, nº 67, pp. 133 – 164.
- PAIS, José Machado (202), *Sociologia da Vida Quotidiana: teorias, métodos e estudos de caso*, Instituto de Ciências Sociais, Lisboa.
- PEREIRA, José Morgado (1988), “A intervenção do médico de clínica geral nos serviços de saúde e na sociedade”, *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, Ano 5 nº 38, pp. 27 – 28.
- PEREIRA, Paula Vanessa (2001), *Quando lhes deram o pão e a água... Um olhar sociológico sobre o Serviço Médico à Periferia*, Dissertação de Licenciatura, ISCTE.

- PETITAT, André (1994), “La profession infirmière: un siècle de mutations“ em Pierre Aiach e Didier Fassin, *Les Métiers de la Santé: enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Atropos, Paris pp. 227 – 259.
- PIMENTEL, Duarte *et al* (2009), "A estruturação de trabalho e identidades no quotidiano do trabalho", em Duarte Pimentel *et al* (Orgs), *Empresa e identidades Profissionais – algumas narrativas portuguesas*, Argusnauta, Lisboa, pp. 71 – 86.
- PINELL, Patrice (2005), “Champ médical et processus de spécialisation“, *Actes de la Recherche en sciences sociales*, nº 156 – 157, pp. 5 – 36.
- PINTO, Alexandre de Sousa (1996), “Origens, decadência e renascimento da clínica geral. Do João Semana aos nossos dias”, *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, Vol. 13 nº 4, pp. 283 – 295.
- PINTO, José Madureira (1991) “Considerações sobre a produção social de identidade”, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, nº 32, pp. 217 – 231.
- PISCO, Luís (2007), "A reforma dos cuidados de saúde primários", *Cadernos de Economia*, nº 80 pp. 60 – 66.
- PORDATA (2010), *Médicos: não especialistas e especialistas por especialidade*, disponível em http://www.pordata.pt/azap_runtime/?n=4
- Programa do XVII Governo Constitucional (2005/2009), *Programa do XVII Governo Constitucional*, Presidência do Conselho de Ministros, disponível em http://www.portugal.gov.pt/pt/Documentos/Governos_Documentos/Programa%20Governo%20XVII.pdf
- RAMOS, Vítor (1987) “O ressurgimento da medicina familiar”, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, CES, nº 23, pp. 157 – 168.
- RAMOS, Vítor (2008), *A consulta em sete passos: execução e análise crítica de consultas em medicina geral e familiar*, VFBM Comunicação, Lisboa, disponível em <http://www.apmcg.pt/files/54/documentos/20081014161914546969.pdf>
- RAMOS, Vítor (2009), "A consulta em 7 passos. Execução e análise crítica de consultas em medicina geral e familiar", *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, nº 25, pp. 208 – 220.
- REBELO, Luís (1995), “Filosofia e prática da clínica geral”, *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, Vol. 12 nº 4, pp. 337 – 338.
- REBELO, Luís (2001) “O médico de família do futuro: três modelos de actuação, cinco atributos e cinco aptidões essenciais”, *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, nº 17, pp. 249 – 254.
- RIBAS, Maria José (2010), "Projectar uma década – que coordenadas para o futuro da medicina geral e familiar?", *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, vol. 26, pp. 177 – 182.
- RODRIGUES, Luís carvalho (Coord.) (2002), *Recursos Humanos do Serviço Nacional de Saúde*, Lisboa, Edições Colibri.
- RODRIGUES, Maria de Lurdes (2002) *Sociologia das Profissões*, Oeiras, Celta Editora.
- RUIVO, Fernando (1987a) “Ideologia e funcionarização da profissão”, *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, nº 28, pp. 34 – 35.
- RUIVO, Fernando (1987b), “A ciência e a profissão médica”, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, nº 23, pp. 129 – 139.
- RUIVO, Fernando (1988), “Medicina de clínica geral: entre o centro e a periferia, funcionarização

- e privatização”, *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, nº 38, pp. 23 – 24.
- SAINSAULIEU, Renaud (1997), *Sociologie de l'entreprise: organisation, culture et développement*, Presses de Sciences, Paris.
- SAINSAULIEU, Renaud (1998), *L'Identité au Travail*, Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques, Paris.
- SAKELLARIDES, Constantino (2006), *De Alma a Harry – crónica da democratização da saúde*, Almedina, Coimbra.
- SAKELLARIDES, Constantino (2001), “De Alma-Ata a Harry Potter: um testemunho pessoal”, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Volume Temático.
- SAKELLARIDES, Constantino (2006), *De Alma a Harry, crónica da democratização da saúde*, Almedina, Coimbra.
- SALIBA, Jaques (1994), “Les paradigmes des professions de santé“, em Pierre Aïach e, Didier Fassin, *Les Métiers de la Santé: enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Atropos, Paris pp. 43 – 86.
- SANTOS, Boaventura de Sousa (1987) “O Estado, a sociedade e as políticas sociais”, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, nº 23, pp. 13 – 74.
- SANTOS, Boaventura de Sousa (1990), *O Estado e a Sociedade em Portugal (1974 – 1988)*, Porto, Edições Afrontamento.
- SANTOS, Boaventura de Sousa (2000), *A Crítica da Razão Indolente – Contra o desperdício da experiência*, Edições Afrontamento, Porto.
- SANTOS, Osvaldo et al, (s/d.) *Os CS em Portugal: determinantes da satisfação com o funcionamento actual & prioridades da reforma. Uma abordagem qualitativa*, Instituto de Higiene e Medicina Tropical – Universidade Nova de Lisboa.
- SARAIVA, Joaquim (1984), “O que é o Centro de Saúde Integrado? O que é o Clínico Geral?”, *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, nº 2, pp. 16 – 17.
- SCAMBLER, Graham (1987), “Rationalism, bureaucracy, and the organization of health services: Max Weber’s contributions to understanding modern health care systems”, em Graham Scambler (editor), *Sociological, Theory, Medical Sociology*, Tavistock, Londres e Nova Iorque, pp. 194 – 218.
- SERRA, Helena (2007), “Da construção e reprodução do conhecimento e discurso médico”, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, nº 79, pp. 113 – 131.
- SERRA, Helena (2008), *Médicos e Poder – Transplantação Hepática e tecnocracias*, Almedina, Coimbra.
- SILVA, Pedro Ribeiro da (2008), "A comunicação na prática médica: seu papel como componente terapêutico", *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, vol. 24, pp. 505 – 512.
- SILVERMAN, David (1992), “Applying the qualitative method to clinical care”, em Jeanne Daly et al, *Researching Health Care: designs, dilemmas, disciplines*, Tavistock/Routledge, Londres e Nova Iorque, pp. 176 – 188.
- SIMÕES, Jorge (2004), *Retrato Político da Saúde: Dependência do percurso e inovação em saúde: da ideologia ao desempenho*, Almedina, Coimbra.
- SIMÕES, Jorge e Ana Dias (2010), "Políticas e governação em saúde", em Jorge Simões (coord.), *30 Anos de Serviço Nacional de Saúde*, Almedina, Coimbra, pp. 175 – 193).

- SIMÕES, José Augusto (2009), "A consulta em medicina geral e familiar", *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, vol. 25, pp. 197 – 198.
- SMITH, Harvey L. (1970), "Un double système d'autorité: le dilemme de l'hôpital", em Claudine Herzlich, *Médecine, Maladie et Société*, Mouton, Paris.
- SMITH, Judith e Nicholas Mays (2007), "Primary care in new Zeland and England: tipping the balance of the health system in favour of primary care?", *International Journal of Health and Management*, nº 22, pp. 3 – 19.
- SOUSA, Jaime Correia de (2005), "A fábula da raposa", *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, nº 21, pp. 339 – 341.
- SOUSA, Jaime Correia de (2006), "Quanto tempo é tempo bastante?", *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, vol. 22, pp. 549 – 553.
- SOUSA, Jaime Correia de (2007), "A Raposa e as Uvas – um olhar sobre a reforma dos cuidados de saúde primários", *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, nº 23, pp. 117 – 122.
- SOUSA, Jaime Correia de e Luís Pisco (2007), Changing the face of portuguese family medicine, an overview of the recent history of famlily medicine in Portugal, *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, SI, pp. 14 – 20.
- SOUSA, Jaime Correia de *et al*, (2001), "Os cuidados de saúde primários e a medicina geral e familiar em Portugal", *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Volume Temático, pp. 63 – 74.
- SOUTHON, Gray e Jeffrey Braithwaite (1998), "The end of professionalism?", *Social Science and Medicine*, vol. 46, nº 1, pp. 23 – 38.
- SPEED, Shaun e Karen Luker (2006), "Getting a visit: how district nurses and general practitioners «organise» each other in primary care", *Sociology of Health & Illness*, vol. 28, nº 7, pp. 883 – 902.
- STACEY, Margaret (1988), *The Sociology of Health and Healing*, Routledge, Londres e Nova Iorque.
- STACEY, Margaret (1991), "Medical sociology and health policy: an historical overview", em Jonathan Gabe, Michael Calnan e Michael Burry, *The Sociology of the Health Services*, Routledge, Londres e Nova Iorque, pp. 11 – 35.
- STAKE, Robert E. (1994), "Case studies", em Norman Denzin e Yvonna Lincoln, *Handbook of Qualitative Research*, Sage publications, EUA.
- STARFIELD, Bárbara (1996), "Políticas de prestação de cuidados primários", *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, Vol. 13 nº 4, pp. 297 – 302.
- STEVENS, Fred *et al* (2000), "The division of labor in vision care: professional competence in a system of professions", *Sociology of health and illness*, vol. 22, nº 4, pp. 431 – 452.
- STRAUSS, Anselm (1992), *La Trame de la Négociation: sociologie qualitative et interactionnisme*, L'Harmattan, Paris.
- STRAUSS, Anselm *et al* (1985), *Social Organization of Medical Work*, The University of Chicago Press, Chicago e Londres.
- SYMONDS, Anthea (1997), "Nurses and nursing", em Steve, Taylor e David Field, *Sociology of Health and Health Care*, Blackwell Science, Oxford, pp 235 – 249.
- TANGGARD, Lene (2008), "Objections in Research Interviewing", *International Journal of Qualitative Methods*, vol 7, nº 3, pp. 15– 29.

- TAYLOR, Steve e David Field (1997), *Sociology of Health and Health Care*, Blackwell Science, Carlton.
- TEIXEIRA, João Marques (1998), "Introdução à edição portuguesa", em Michael Balint, *O Médico, o seu Doente e a Doença*, Climepsi editores, Lisboa.
- TEIXEIRA, Lurdes (2003) *Ditos Convencionais, Entreditos Alternativos: comunicabilidades da Medicina Convencional e Alternativa*, Universidade Aberta, Porto, Tese de mestrado.
- TEIXEIRA, Lurdes (2008), "Cuidados de Saúde Primários: continuidades e mudanças em curso", *Actas do X Congresso Luso-Afro-Brasileiro*, Vol. V, pp. 437 – 444.
- TOUSIJN, Willem (2006), "Beyond decline: consumerism, managerialism and the need for a new medical professionalism", *Health Sociology Review*, nº 15, pp. 469 – 480.
- TOVAR, Maria José (1984), "Médico de valência – médico de família, uma opção?", *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, nº 1, pp. 19 – 20.
- TRIVERS, Max (2001), *Qualitative Research Through Case Studies*, Sage, Londres.
- TURNER, Bryan (1999), *Medical Power and Social Knowledge*, Sage Londres.
- UEMO – European Union of General practitioners (s/d), "The UEMO statement on quality issue in general practice", UEMO, disponível em http://www.uemo.org/text_policy.php?sec=14&cat=63
- VALA, Jorge (1986), "A Análise de Conteúdo", em Augusto Santos Silva e José Madureira Pinto (orgs.), *Metodologia das Ciências Sociais*, Edições Afrontamento, Porto.
- VANWYNSBERGHE, Rob e Samia Khan (2007), "Redefining case study", *International Journal of Qualitative Methods*, disponível em http://www.ualberta.ca/~iiqm/backissues/6_2/vanwynsberghe.pdf
- VAZQUEZ, Manuel Garcia (1986a), "Clínico Geral, «que identidade?»", *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, nº 14, pp. 23.
- VAZQUEZ, Manuel Garcia (1986b), "O que é um assistente de clínica geral («generalista»)?", *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, nº 14, p. 24.
- VELOSO, Barros (2000), *Medicina: a arte e o ofício*, Gradiva, Lisboa,.
- WEBER, Max (1963), *Ensaio de Sociologia*, Zahar editores, Rio de Janeiro.
- WILLIS, Evan (2006), "Introduction: taking stock of medical dominance", *Health Sociology Review*, nº 15, pp. 421 – 431.
- WITZ, Anne (1994), "The challenge of nursing", em Jonathan Gabe, David Kelleher e Gareth Williams, *Challenging Medicine*, Routledge Londres, e Nova Iorque, pp. 23 – 44.
- ZOPPI, Kathleen e Ronald Epstein (2002), "Interviewing in medical settings", em Jaber Gubrium e James Holstein (editores), *Handbooks of Interview Research, Context & Method*, Sage Publications, Londres.

LEGISLAÇÃO CONSULTADA

Decreto-Lei nº 11/1993, de 15 de Janeiro

Decreto-Lei nº 117/1998 de 5 de Maio

Decreto-Lei nº 12. 477/1926, de 12 de Outubro

Decreto-Lei nº 157/1999, de 10 de Maio

Decreto-Lei nº 172/1980, de 28 de Julho

Decreto-Lei nº 203/2004, de 18 de Agosto

Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de Fevereiro

Decreto-Lei nº 298/2007, de 22 de Agosto

Decreto-Lei nº 310/1982, de 3 de Agosto

Decreto-Lei nº 32 171/1942, de 29 de Julho

Decreto-Lei nº 35. 108/1945, de 7 de Novembro.

Decreto-Lei nº 35.311/1946, de 25 de Abril

Decreto-Lei nº 35.311/1946, de 25 de Abril

Decreto-Lei nº 41 825/1958, de 13 de Agosto

Decreto-lei nº 413/1971, de 27 de Setembro

Decreto-Lei nº 414/1971, de 27 de Setembro

Decreto-Lei nº 48/2008, de 13 de Março

Decreto-Lei nº 5/2007, de 8 de Janeiro

Decreto-Lei nº 60/2003, de 1 de Abril

Decreto-Lei nº 60/2003, de 1 de Agosto

Decreto-Lei nº 60/2007, de 13 de Março

Decreto-Lei nº 88/2005, de 3 de Junho

Decreto-Lei nº 93/1983, de 22 de Abril

Decreto-Lei nº 97/1983, de 22 de Abril

Despacho Normativo nº 24100/2007, de 22 de Outubro

Despacho Normativo nº 5077/2004, de 13 de Março

Despacho Normativo nº 9/2006, de 16 de Fevereiro

Despacho Normativo nº 9/2006, de 16 de Fevereiro

Despacho Normativo nº 9/2006, de 16 de Fevereiro

Despacho Normativo nº 9/2006, de 16 de Fevereiro

Despacho Normativo nº 9/20076, de 16 de Fevereiro

Despacho Normativo nº 97/1983, de 22 de Abril

Lei nº 48/1990, de 24 de Agosto

Lei nº 56/1979, de 15 de Setembro

Resolução do Conselho de Ministros nº 157/2005, de 12 de Outubro

Resolução do Conselho de Ministros nº 45/2009, de 29 de Maio

Resolução do Conselho de Ministros nº 86/2005, de 27 de Abril

Resolução do Conselho nº 157/2005, de 12 de Outubro

ANEXOS

ANEXO I

GUIÕES DE ENTREVISTA

GUIÃO DE ENTREVISTA – ENFERMEIROS, CENTRO DE SAÚDE

I. SOBRE A PROFISSÃO

1. Há quanto tempo exerce a profissão de enfermeiro/a?
2. Quais são as actividades diárias da enfermagem?
3. A transformação do CS em USF alterou o conteúdo das suas funções? Que vantagens/desvantagens lhe trouxe para a sua carreira?
4. Como é que se projecta no futuro próximo em termos profissionais?
5. Como caracteriza a enfermagem dos CSP em contraponto com a enfermagem hospitalar?
6. Quais as razões que o/a levaram a optar pelos cuidados de saúde primários?

II. SOBRE A PASSAGEM DO CS A USF

1. Quais foram os principais motivos que o/a levaram a NÃO integrar a candidatura à USF?
2. Quais são as vantagens que encontra no modelo USF?
3. Acha que as funções de enfermagem na USF são mais amplas do que no CS?
4. Haverá maior articulação com a MGF?
5. Considera que este modelo de funcionamento deveria ser generalizado aos CSP em geral?
6. A transformação deste CS em USF veio colocar a questão dos doentes que não são integrados na carteira de doentes dos 4 enfermeiros da equipa. O que pensa disto? A USF pode criar a exclusão de doentes do atendimento nos CSP?

III. SOBRE A REFORMA

1. Qual é a sua opinião sobre a reforma em curso?
2. Considera que o ritmo de criação das USF tem sido adequado?
3. Na sua opinião, os atrasos na implementação dos ACES prejudicaram o bom funcionamento dos serviços?
4. Considera que os CSP, com a actual reforma, irão, efectivamente, ocupar um lugar de primazia no sistema global dos cuidados de saúde?
5. Concretamente sobre as USF, qual é a sua opinião sobre o modelo de funcionamento?
 - Trata-se de um modelo puramente assistencial?
 - Como se integram as valências da prevenção / promoção / educação para a saúde?

GUIÃO DE ENTREVISTA – ADMINISTRATIVOS, CENTRO DE SAÚDE

1. Há quantos anos trabalha nos CSP?
2. Conte-me a sua trajectória profissional.
3. O que pensa da transformação do CS em USF?
4. Quais foram as principais razões que a levaram a NÃO integrar a USF?
5. O que pensa da actual reforma?
6. Para a sua carreira, em particular, a reforma trará vantagens?
7. Quais são as suas expectativas profissionais para o futuro?
8. E para a carreira de administrativo?
9. Considera que é vantajoso para os doentes, a comunidade e os profissionais em geral a passagem do CS a USF?
10. Quais são as vantagens que encontra no modelo USF?
11. Considera que este modelo de funcionamento deveria ser generalizado aos CSP em geral?
12. Qual é a sua opinião sobre a reforma em curso?

GUIÃO DE ENTREVISTA – TÉCNICO DE SERVIÇO SOCIAL, CENTRO DE SAÚDE

I. SOBRE A ACTIVIDADE

1. Há quanto tempo desenvolve as suas actividades neste CS?
2. Porque escolheu o CS?
3. Descreva-me as suas funções (intra muros e na comunidade).
4. Que projectos desenvolve /ou gostaria de desenvolver?
5. Como se estabelece a articulação do serviço social com a enfermagem e a MGF?
6. Em seu entender, quais as principais necessidades da comunidade que é servida por este CS?
7. O serviço social dá resposta a essas necessidades?

II. SOBRE A REFORMA

1. O que mudou, na sua prática diária, com a criação das USF?
2. Como é que se estabelece a articulação do serviço social com as USF?
3. Qual é a sua opinião sobre a passagem deste CS a USF?
4. Como perspectiva o seu papel face a estas mudanças?

GUIÃO DE ENTREVISTA – MÉDICOS, USF A

I. SOBRE A PROFISSÃO

1. Há quanto tempo exerce a MGF?
2. Quais as razões que o/a levaram a optar pela especialidade de MGF?
3. Ao longo destas, quase, três décadas de existência de especialidade de MGF, como considera que tem evoluído esta profissão?
4. Como é que perspectiva a MGF no âmbito das restantes especialidades médicas, nomeadamente as hospitalares?
5. Como é que perspectiva a MGF no futuro próximo?

II. SOBRE A PASSAGEM DO CS A USF

1. Quais foram os principais motivos que o/a levaram a integrar a candidatura à USF?
2. Quais são as vantagens que encontra no modelo USF?
3. Considera que este modelo de funcionamento deveria ser generalizado aos CSP em geral?
4. A transformação deste CS em USF veio colocar a questão dos doentes que não são integrados na carteira de doentes dos 4 médicos da equipa. O que pensa disto? A USF poderá vir a originar a exclusão de doentes do atendimento nos CSP?

III. SOBRE A REFORMA

1. Qual é a sua opinião sobre a reforma em curso?
2. Considera que o ritmo de criação das USF é o adequado?
3. Na sua opinião, os atrasos na implementação dos ACES prejudicaram o bom funcionamento dos serviços?
4. Considera que, com a reforma em curso, os CSP irão, efectivamente, ocupar

um lugar de primazia no sistema global dos cuidados de saúde?

5. Concretamente sobre as USF, qual é a sua opinião sobre o modelo de funcionamento?
 - i. Trata-se de um modelo puramente assistencial?
 - ii. Como se integram as valências da prevenção/promoção/educação para a saúde?

GUIÃO DE ENTREVISTA – ENFERMEIROS, USF A

I. SOBRE A PROFISSÃO

1. Há quanto tempo exerce a profissão de enfermeiro/a?
2. Quais são as actividades diárias da enfermagem?
3. Como caracteriza a enfermagem dos CSP em contraponto com a enfermagem hospitalar?
6. Quais as razões que o/a levaram a optar pelos cuidados de saúde primários?
7. Considera que a enfermagem se articula, na organização e realização das suas actividades diárias, com a MGF?
8. Como é que perspectiva a enfermagem dos CSP para o futuro?

II. SOBRE A PASSAGEM DO CS A USF

1. Quais foram os principais motivos que o/a levaram a integrar a candidatura à USF?
2. Quais são as vantagens que encontra no modelo USF?
3. Acha que as funções de enfermagem na USF são mais amplas do que no CS?
4. Haverá maior articulação com a MGF?
5. Considera que este modelo de funcionamento deveria ser generalizado aos CSP em geral?
6. A transformação deste CS em USF veio colocar a questão dos doentes que não são integrados na carteira de doentes dos 4 enfermeiros da equipa. O que pensa disto? A USF pode criar a exclusão de doentes do atendimento nos CSP?

III. SOBRE A REFORMA

1. Qual é a sua opinião sobre a reforma em curso?
2. Considera que o ritmo de criação das USF tem sido adequado?
3. Na sua opinião, os atrasos na implementação dos ACES prejudicaram o bom funcionamento dos serviços?
4. Considera que, com a actual reforma, os CSP irão, efectivamente, ocupar um lugar de primazia no sistema global dos cuidados de saúde?
5. Concretamente sobre as USF, qual é a sua opinião sobre o modelo de funcionamento? Trata-se de um modelo puramente assistencial? Como se integram as valências da prevenção/promoção/educação para a saúde?

GUIÃO DE ENTREVISTA – ADMINISTRATIVOS, USF A

1. Há quantos anos trabalha nos CSP?
2. Conte-me a sua trajectória profissional.
3. O que pensa da transformação do CS em USF?
4. Quais foram as principais razões que a levaram a integrar a USF?
5. Considera que o modelo de funcionamento da USF terá vantagens para a sua carreira? E para os doentes?
6. Quais são as suas expectativas profissionais para o futuro?
7. Considera que o modelo USF deveria ser generalizado aos CSP em geral?
8. Qual é a sua opinião sobre a reforma em curso?

GUIÃO DE ENTREVISTA – MÉDICOS, USF B

I. SOBRE A PROFISSÃO

1. Há quanto tempo exerce a MGF?
2. Quais as razões que o/a levaram a optar pela especialidade de MGF?
3. Ao longo destas, quase, três décadas de existência de especialidade de MGF, como considera que tem evoluído esta profissão?
4. Como é que perspectiva a MGF no âmbito das restantes especialidades médicas, nomeadamente as hospitalares?
5. Como prospectiva a MGF no futuro próximo?

II. SOBRE A USF

1. Quais foram os principais motivos que o/a levaram a integrar a USF?
2. O que é que mudou no exercício da MGF em USF em relação ao CS?
3. Para além das consultas de MGF e dos cuidados de enfermagem, o que é a USF oferece mais à comunidade?
4. Que outras valências poderiam ser oferecidas pela USF?
5. Que serviços a oferece USF na vertente da prevenção da doença e da educação para a saúde? (nomeadamente saúde escolar; comportamentos saudáveis e as chamadas patologias sociais – alcoolismo, toxicod dependência, tabagismo)
6. Quais são as vantagens que encontra no modelo USF, para doentes e profissionais?
7. Quais têm sido as principais dificuldades?
8. Considera que este modelo de funcionamento deveria ser generalizado aos CSP em geral?

III. SOBRE A REFORMA

1. Qual é a sua opinião sobre a reforma em curso?
2. Considera que o ritmo de criação das USF tem sido adequado?
3. Na sua opinião, os atrasos na implementação dos ACES prejudicaram o bom funcionamento dos serviços?
4. Considera que os CSP irão, efectivamente, ocupar um lugar de primazia no sistema global dos cuidados de saúde?

GUIÃO DE ENTREVISTA – ENFERMEIROS, USF B

I. SOBRE A PROFISSÃO

1. Há quanto tempo exerce nos CSP?
2. Quais as razões que o/a levaram a optar pela área dos CSP?
3. Que tipo de actividades constitui o grosso do seu trabalho diário? (actividades curativas, assistenciais, cuidados domiciliários, participação em reuniões, etc.)
4. Como se faz a articulação da enfermagem com a MGF?
5. Considera que a enfermagem dos CSP tem uma imagem subestimada em relação à enfermagem hospitalar? Se sim, porquê?
6. Como prospectiva a enfermagem dos CSP no futuro próximo?

II. SOBRE A USF

1. Quais foram os principais motivos que o/a levaram a integrar a USF?
2. O que é que mudou no exercício da enfermagem em USF em relação ao CS?
3. Para além dos cuidados de enfermagem de cariz curativo, o que é a enfermagem em USF oferece mais à comunidade?
4. Que serviços a oferece USF na vertente da prevenção da doença e da educação para a saúde? (nomeadamente saúde escolar; comportamentos saudáveis e as chamadas patologias sociais – alcoolismo, toxicoddependência, tabagismo).
5. Quais são as vantagens que encontra no modelo USF, para doentes e profissionais?
6. Quais têm sido as principais dificuldades?
7. Considera que este modelo de funcionamento deveria ser generalizado aos CSP em geral?

III. SOBRE A REFORMA

1. Qual é a sua opinião sobre a reforma em curso?
2. Considera que o ritmo de criação das USF tem sido adequado?
3. Na sua opinião, os atrasos na implementação dos ACES prejudicaram o bom funcionamento dos serviços?
4. Considera que os CSP irão, efectivamente, ocupar um lugar de primazia no sistema global dos cuidados de saúde?

GUIÃO DE ENTREVISTA – ADMINISTRATIVOS, USF B

1. Há quantos tempo trabalha nos CSP?
2. Conte-me a sua trajectória profissional.
3. Tendo trabalhado em CS, quais são as principais diferenças que encontra na USF?
4. Quais foram as principais razões que a levaram a integrar a USF?
5. Considera que o modelo de funcionamento da USF terá vantagens para a sua carreira? E para os doentes?
6. Quais são as suas expectativas profissionais para o futuro?
7. Considera que o modelo USF deveria ser generalizado aos CSP em geral?
8. Qual é a sua opinião sobre a reforma em curso?

GUIÃO DE ENTREVISTA – EX-PRESIDENTE DA MCSP

1. Esta reforma alterará o pressuposto lugar de subalternidade dos CSP em relação aos cuidados hospitalares?
2. O que é que as USF vieram trazer de novo aos cidadãos e aos profissionais?
3. A existência de dois modelos de prestação de cuidados de saúde origina, necessariamente, desigualdades em saúde. Porque é que não se introduziu o novo modelo de forma generalizada?
4. Neste estudo de caso, a transformação do CS em USF originou uma situação (que não terá sido única no país), em que os profissionais que não integraram a USF ficaram desprovidos de funções. Como se compreende esta situação?
5. Porque é que a reforma não se iniciou pelos ACES?
6. A estrutura poliorganizacional do ACES origina, ou não, sobreposição de funções e territórios profissionais.
7. Qual é a sua opinião sobre o curso da Etapa II da reforma?
8. Esta reforma é irreversível?

ANEXO II

ANÁLISE DE CONTEÚDO

(incli-se apenas uma grelha analítica)

GRELHA 2 – USFA: ENFERMEIROS (E5 A E8 Enf USFA)

Categoria	Subcategoria	Indicadores
Tempo nos CSP		<ul style="list-style-type: none">- Há 13 anos. (E5 - Enf USFA)- desde 2004 (E6 - Enf USFA)- CSP, há 2 anos e 2 meses. (E7 Enf USFA)- Vai fazer um ano, agora. (E8 Enf USFA)
Razões de opção	Familiares	<ul style="list-style-type: none">- por causa da família. Eu tenho duas crianças, eu queria ficar mais tempo com elas. (E5 - Enf USFA)- Razões familiares. Principalmente. Estava mais perto de casa, não fazia trabalho por turnos e não se trabalha ao fim-de-semana. (E6 - Enf USFA)
	Preferência	<ul style="list-style-type: none">- Porque acho que é a que é mais exigente para o enfermeiro, estamos a lidar com pessoas cujo seu nível de saúde está ligeiramente afectado, na maior parte dos casos em que nós temos que fazer mais a promoção do que o cuidar propriamente, o tratamento. E é sempre mais difícil e mais atractivo tentar evitar que as pessoas fiquem doentes do que tratá-las quando já estão doentes. (E7

		Enf USFA)
	Conveniência	- na altura era para onde me chamassem primeiro. Chamaram-me primeiro para o CS (E5 - Enf USFA)
	Não opção	- Não optei [risos]. Nos tempos que correm, vamos p'ra aquilo que há. (E8 Enf USFA)
Conteúdo das funções	Assistenciais/curativas	<p>- Nós estamos a trabalhar por área geográfica, somos enfermeiros de família na área geográfica, por exemplo, pegando no dia de hoje, eu venho, depois tenho as valências juntamente com o médico que é as consultas de saúde infantil, saúde familiar e saúde materna, em que já estão agendadas por área geográfica e naquela hora eu vou para a sala, que é uma sala de intercâmbio com o médico, onde eu faço atendimento nessas consultas, depois, nós temos horários, depois venho tenho um horário para estar na sala de tratamento...(E5 - Enf USFA)</p> <p>- O tempo que temos é para a parte curativa e... (E6 - Enf USFA)</p> <p>- ...além das actividades de enfermagem propriamente ditas, que envolvem as consultas de saúde infantil, as consultas de hipertensos, diabéticos... É assim, desenvolve-se em várias vertentes, uma em funções que são interdependentes com a equipa médica que é as consultas de saúde</p>

		<p>infantil, algumas consultas de diabéticos e hipertensos, são feitas, não é conjunto, mas umas seguidas a outras. Tenta-se apanhar o utente cá para fazer a consulta de enfermagem e a consulta médica. Saúde infantil, já disse, em que se aproveita também para fazer a nossa avaliação na consulta de enfermagem e depois existe a parte domicílios, em que tratamos essencialmente os doentes que estão dependentes, com algum tipo de patologia e também fazemos a prevenção no domicílio e, depois, temos a parte da sala de tratamentos. Como eu disse, há duas partes que é uma que está relacionada com os médicos, que é a parte de saúde infantil, os diabéticos e hipertensos, e outra, autónoma, que é a parte dos domicílios e todo o trabalho que se faz aqui, em termos de pensos, de sala de tratamento, de injectáveis, e as nossas consultas específicas com diabéticos, hipertensos e outros grupos de risco. (E7 Enf USFA)</p> <p>- ...a nível de consultas de enfermagem, temos consultas de diabetes, de hipertensão, saúde infantil, saúde materna e planeamento familiar. Entre estas, as de saúde infantil, saúde materna e planeamento familiar são em conjunto com os médicos, o que significa que são no mesmo dia em que a utente tem a consulta médica, tem a consulta de enfermagem. As outras duas, diabéticos e hipertensão, nós marcamos intercaladas com as consultas médicas. Depois temos os tratamentos, tratamentos de feridas, temos os injectáveis e vacinação. (E8 Enf USFA)</p>
	Vigilância	<p>- consultas de diabéticos com o enfermeiro de família, consulta dos hipertensos e as vacinas fora do plano. (E5 - Enf USFA)</p>

		<p>- Fazemos prevenção sim, daqueles que vêm cá. Agora fora ainda estamos um bocado limitados. (E6 - Enf USFA)</p>
	Conjuntas (com o médico)	<p>- tenho as valências juntamente com o médico que é as consultas de saúde infantil, saúde familiar e saúde materna. (E5 - Enf USFA)</p>
Articulação com o médico		<p>- Nós temos uma reunião mensal, que é à sexta-feira, das 2 às 3, e nessa reunião nós falamos de casos, se houver algum caso para falar. Alguma coisa em particular, alguma coisa que surgiu e que não foi tão bem entendida, para esclarecer. No dia-a-dia o médico pega no telefone ou nós telefonamos, esclarecemos. (E5 - Enf USFA)</p> <p>- ...imaginemos, segunda-feira de manhã está o médico xis, vêm os utentes de uma determinada área geográfica, e é com base nessa área geográfica que nós fazemos, conforme os utentes são agendados para o médico, nós temos essa informação e atendemos antes de irem para a consulta médica.</p> <p>- É assim, como existe um bom ambiente de trabalho e um bom relacionamento, cada caso é visto independente e sempre que um dos grupos achar necessária a intervenção do outro, é solicitado. (E7 Enf USFA)</p> <p>- O doente chega, faz a inscrição, primeiro tem a consulta de enfermagem, de seguida é que tem a consulta médica. Imaginemos, o doente tem uma consulta médica às 9, às 9 menos 20 tem a consulta de enfermagem, e logo de seguida tem a consulta médica, que é no mesmo espaço físico – tem 2 gabinetes, o gabinete de enfermagem e depois tem o gabinete de cada médico, o que permite os utentes não tenham que se deslocar.</p>

	- Sim, quando achamos necessário, discutimos os casos. (E8 Enf USFA)	
Enfermeiro de CSP	Proximidade	<p>- tem uma relação mais directa com o utente, com a família, e com o utente são, que é difícil lidar com o utente são. Por prevenção, que eles acham que não precisam de prevenção. Acho muito mais difícil trabalharmos com este utente do que com o utente debilitado. O utente que precisa da enfermeira, mesmo. (E5 - Enf USFA)</p> <p>- No CS nós temos os nossos utentes, mesmo quando trabalhávamos por tarefas, que era o que nós fazíamos, os utentes acabam sempre por ser conhecidos, é uma relação diferente. (E6 - Enf USFA)</p>
	Autonomia	- Até porque, da parte médica ainda há muito aquela tendência de querer ter sempre o enfermeiro ao lado, não é bem em colaboração com a consulta, mas mais numa de ajuda. Tá a perceber o que eu quero dizer? Portanto ainda não conseguimos... ser assim tão autónomos quanto isso. (E6 - Enf USFA)
	Global	- ...a enfermagem dos CSP é muito mais abrangente, trabalhamos com todas as patologias, ainda que de uma maneira mais superficial e... Foi a questão que eu referi, mais na área da prevenção, de contacto de relacionamento, que muitas vezes no hospital não há esse relacionamento tão próximo. (E7 Enf USFA)

	Formas de tratamento	- nós aqui somos as meninas, não somos a enfermeira, não é?
Enfermagem hospitalar	Técnica	- A enfermagem hospitalar é muito mais técnica, desenvolvem a componente técnica, numa determinada área, mas muito mais aprofundada, muito mais específica... (E7 Enf USFA) - Enquanto que nos cuidados hospitalares as pessoas estão doentes e nós temos que fazer o tratamento directo... (E8 Enf USFA)
Futuro da profissão	Incerteza	- E como é que perspectiva a enfermagem no futuro próximo? Silêncio. (E5 - Enf USFA) - A nível de carreira, não sei como é que vai ficar. Eu acho que a enfermagem vai sempre ter que existir, não é, e... não sei. Depende. Também depende muito da... Por exemplo, se os médicos nos derem um certo, num é certo, é darem-nos o lugar que nós devíamos ter (E5 - Enf USFA) - ...e eu ponho a questão ao contrário, há parte do trabalho que é feito pela equipa médica que pertence à enfermagem. E quando esse trabalho definitivamente for reconhecido pelos enfermeiros, o trabalho é muito e há muita coisa para fazer. (E7 Enf USFA) - É uma pergunta difícil [risos]. A enfermagem neste momento está a atravessar uma fase muito difícil em relação ao emprego. Há uma grande oferta, temos muitos enfermeiros no desemprego e, portanto, acho que isso causa uma grande desmotivação em toda a classe profissional e isso prejudica, de alguma forma, depois os cuidados. Eu acho, vê-se depois no clima, no ambiente de

		<p>muita incerteza, de muita instabilidade e acaba, acho que em qualquer área, acaba por prejudicar um bocadinho os cuidados. Mas eu penso que as coisas irão melhorar a esse nível. Em termos de desenvolvimento de profissão, tem vindo a desenvolver-se a longo dos últimos anos e eu acho que a profissão continua num grande desenvolvimento, principalmente na área dos CSP, porque acho que se começam a mudar lagunas mentalidades, as pessoas começam a ficar mais motivadas, e poderá começar a fazer no futuro muito mais coisas para a população do que faz neste momento. (E8 Enf USFA)</p>
	<p>Pessimismo</p>	<p>- [Risos]. Ai! Eu estou numa fase muito pessimista, não me pergunte isso. (E6 - Enf USFA)</p> <p>- Em relação ao futuro da enfermagem: estamos muito mal, estamos muito mal porque temos muitas pessoas no desemprego e depois com as USF (...) os meus colegas estão muito interessados em ganhar muito, não se importam de ter 2000 utentes (...) A pessoa tem que atender mais 500 utentes do que aquilo que estava estipulado para ganhar quê? Mais algumas horinhas extras? (E6 - Enf USFA)</p>
<p>Razões para integrar candidatura à USF</p>	<p>- Quais foram as principais razões que a levaram a integrar... [Risos]</p> <p>- [Risos] Com sinceridade? (Risos) (E5 - Enf USFA)</p> <p>- (Risos) As razões que me levaram a integrar... É assim, se eu ficasse excluída por opção, se eu dissesse que não, eu tinha que me sujeitar a ir para a área da Maia, que é uma área distante da minha área de residência, e eu quero ir para</p>	

	<p>o lado da Trofa (E5 - Enf USFA)</p> <p>- Porque estou perto de casa (E6 - Enf USFA)</p> <p>- Eu já lhe disse, foi estar perto de casa e não ter outra alternativa neste momento. (E6 - Enf USFA)</p> <p>- Alguma independência relativamente ao estado do SNS, ou seja a possibilidade de, de certa maneira, podermos traçar o nosso caminho. Ainda que com limitações, mas podemos traçar e podemos fazer as alterações que acharmos necessárias. (E7 Enf USFA)</p> <p>. Eu fui convidada para integrar a USF. E aceitei, desde logo.</p>	
<p>USF O que mudou</p>	<p>Imagem junto dos médicos</p>	<p>- Diferente do CS. Lá a gente parecia quase empregadas deles, não é. Eles mandavam as guias e nós fazíamos o que os médicos nos mandavam.</p> <p>Agora está ligeiramente diferente (E5 - Enf USFA)</p>
	<p>Articulação com os médicos</p>	<p>- Nós já tínhamos o telefone, mas melhorou porque temos a reunião, obriga-nos a ter um contacto pessoal. E é diferente a gente falar, esclarecer, comunicar, pronto.</p> <p>- Pronto, é mais fácil. Só há uma médica, que é naquele dia em que eu faço sempre tarde, faço a tarde com aquela médica e naquele dia eu esbarro. Eu saio daqui, psicologicamente, de rastos. (E5 - Enf USFA)</p>
	<p>A forma de</p>	<p>- Começamos já a olhar para os utentes, a fazer um acompanhamento específico da nossa área</p>

	trabalhar	<p>geográfica, com objectivos bem definidos. Ou seja, nós temos a obrigação de acompanhar o nosso utente como um todo, da nossa área geográfica. (E7 Enf USFA)</p> <p>- Não é diferente. Porque o que nós fazemos é o mesmo. Agora a forma como nós, neste momento, podemos fazer as marcações, o tempo que temos é maior, o que nos permite programar melhor o trabalho. É isso que acontece. Enquanto que no CS o trabalho era muito difícil de programar de uma semana para a outra, até porque não tínhamos um horário fixo, o horário mudava todos os meses, era muito complicado acompanhar sempre as mesmas pessoas. Neste momento, como cada enfermeiro tem um grupo específico de utentes, consegue acompanhar, vai conhecendo a sua população e consegue acompanhar. A longo prazo consegue-se atingir melhor os objectivos. Principalmente é isso. (E8 Enf USFA)</p>
	Rapidez	<p>- Uma resposta mais rápida e mais personalizada. (E7 Enf USFA)</p>
	Novos serviços	<p>- ...que é por exemplo a questão da vacinação dos adultos. A vacina anti-tetânica. Não era uma das questões muito acompanhada pelo CS, não havia essa preocupação, mas nós estamos a tentar chamar e convocar todos os adultos, já que temos a situação das crianças controlada, com cem por cento de vacinação, estamos agora a chamar os adultos, para que todos os adultos tenham a vacina anti-tetânica actualizada. (E7 Enf USFA)</p>

	Avaliação	<p>-...o que poderá mudar será a responsabilização ser dividida. (E6 - Enf USFA)</p> <p>- O que é que mudou? A avaliação. Somos avaliados. Avaliados, mas é avaliados: ora vamos pegar aqui no computador e ver aqui a enfermeira o que é que fez? Nós somos avaliados pelo computador. (E5 – Enf USFA)</p>
USF	Expectativas	<p>- Pensava que ia ser melhor. (E5 - Enf USFA)</p> <p>- Eu não tinha expectativas nenhuma em relação a isto. Não tinha, não. (E6 - Enf USFA)</p>
	Motivação	<p>- Ora bem, não sei, não tenho assim muita motivação para nada. Porque, realmente, eu estou aqui na unidade porque estou perto de casa, mais nada. Se não, não estava aqui!</p> <p>- A minha, neste momento, já lhe disse qual era, e nos outros colegas é a mesma coisa. Olhe, vou-lhe já explicar: os colegas que estão aí a contrato, a motivação deles é conseguir estar mais ou menos seguros, os contratos são diferentes – a motivação deles é essa. Isto como é uma iniciativa médica, o que tem por trás é ganhar dinheiro [Risos]. (E6 - Enf USFA)</p>
	Vantagens	<p>- A nível dos outros médicos, acho que é positivo trabalhar com eles. E a relação é muito mais fácil</p> <p>- A principal, acho que é a satisfação do utente</p> <p>- Depois tem uma satisfação profissional e pessoal, porque eu gosto daquilo que faço e acho</p>

		<p>que agora, o facto de agente estar a organizar estas actividades, dá-nos também um certo prazer, dá muito mais prazer eu agora conhecer uma família, conhecer, sei lá, a evolução do penso, porque sou sempre eu que faço.</p> <ul style="list-style-type: none">- agora não e é muito mais positivo para nós e acho que nos traz umas certas vantagens também. (E5 - Enf USFA)- Que vantagens é que encontra no modelo USF por comparação com o CS? Nenhunas.- única vantagem poderá ser as pessoas terem interiorizado que tinham que mudar o método de trabalho,- Para os utentes? Não sei se terá assim muitos benefícios. Também tudo é feito mais a correr.- Para os doentes poderá não haver grande vantagem.- Em termos de atendimento, se calhar, até agora está a funcionar melhor. (E6 - Enf USFA)- A principal vantagem é o enfermeiro de família por área geográfica e de alguém que, principalmente nos grupos de risco, que os acompanha permanentemente. Em termos de doentes a principal vantagem é o relacionamento mais próximo. (E7 Enf USFA)- Acho que permite uma melhor organização do serviço e acho que o serviço está muito mais facilitado, as pessoas têm muito mais acesso aos cuidados neste momento, e, a nível de equipa, também noto que há uma maior motivação. Conseguiu-se organizar o serviço e as pessoas
--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>estão muito mais motivadas, e conseguimos prestar melhores cuidados.</p> <p>- Para os doentes, o facto de serem acompanhados pelo mesmo enfermeiro também lhes permite estabelecer uma relação de empatia. Com a passagem do utente por várias consultas, conhece bem o enfermeiro e o enfermeiro conhece bem o utente e tem todas as vantagens. (E8 Enf USFA)</p>
	Desvantagens	<p>- só uma médica é que não está a fazer um esforço de mudar, que eles têm que mudar. (E5 - Enf USFA)</p> <p>- Claro que são vistos mais rápido, porque o que está aqui em conta é atingir objectivos.</p> <p>- Neste momento na USF nós não podemos rejeitar registos, quantos mais registos melhor, portanto, eu tenho que estar a atender e tenho que estar a controlar o horário, para não haver reclamações em termos de tempo de espera. (E6 - Enf USFA)</p>
	Prevenção	<p>- Nós, na prevenção é mais nos hipertensos, nas consultas, tentamos falar com eles, falar da alimentação, nos diabéticos e também nos recém-nascidos, por exemplo, eu mando-os vir, telefone, para dar um apoio, prontos, porque a mulher às vezes sente-se sozinha, não é? A nível de formação para a comunidade ou assim para grupos grandes, para já ainda não tivemos tempo de nos organizarmos. Ainda não conseguimos. (E5 - Enf USFA)</p> <p>- ...a nossa USF não faz saúde escolar, e não há um grupo de retaguarda, que eu acho que é o</p>

		<p>que está acontecer em Moreira, não fazem saúde escolar e, portanto, não há, neste momento, ninguém a fazer saúde escolar, são áreas que ficam um bocadinho de lado. Portanto, eu creio que a ideia da USF era criar mais a dita enfermagem de família. (E6 - Enf USFA)</p> <p>- Não faz parte dos objectivos... Não está contemplada nas USF. Por aquilo que eu li e por aquilo que eu depreendi, essa é uma parte que irá ficar nos agrupamentos. (E7 Enf USFA)</p> <p>- Não. Não. Não temos. Mas é um dos objectivos. (E8 Enf USFA)</p>
	Dificuldades	<p>- As principais dificuldades que nós temos actualmente, foi organizar o serviço. Fazer a distribuição. Porque é um modelo de organização completamente diferente do que nós tínhamos. Depois, dificuldades, neste momento, não sinto grandes dificuldades. Às vezes há alguma falta de determinado material, que se tivéssemos seria mais fácil, mas, de resto não tenho sentido. (E8 Enf USFA)</p>
	Consequências	<p>- ...terrível. Acho terrível. Não queria estar na pele dessas pessoas. Provavelmente também são pessoas que não usam muito o CS, portanto, nem se aperceberam da situação. Não têm ainda aquela necessidade de vir ao médico, podem não ter problemas de saúde ou podem ter seguros de vida, mas de qualquer forma são pessoas que se tomassem consciência do que se está a passar, realmente não têm nada com que contar. Porque ora são atendidos num sítio, ora são atendidos no outro e no fundo não pertencem a lado nenhum. Não sei como é que são estas situações. (E6 Enf – USFA)</p>

Generalização da USF	Não	<p>- Eu acho que não deveria ser preciso. Então é preciso pagar para a gente trabalhar? Eu acho que a gente no CS onde estava, se há o director, era o director que pedia resultados aos médicos, o chefe pedia resultados aos enfermeiros! (E5 - Enf USFA)</p> <p>- Eu tenho dificuldade em ver os CSP ou o SNS generalizado. As populações vão variando e cada população deve ser encarada de forma diferente. O modelo em si da USF, é um bom modelo. Agora, tudo depende de população para população. (E7 Enf USFA)</p>
	Sim	<p>- Neste momento, em quase todos os CS já há pelo menos uma USF. Portanto, e caminha para que todos os CS sejam constituídos por USF. (...) Mas eu acho que sim, eu acho que o modelo USF e, futuramente, em articulação com todos os outros serviços do CS, quando estiverem estruturados, eu acho que sim, que é um óptimo modelo. (E8 Enf USFA)</p>
A reforma	Desconheciment o	<p>- Pois, nós ainda não sabemos muito bem se isso vai interferir nas unidades, não vai, quer dizer, nós fizemos, formamos uma unidade, um grupo, para fugir... para termos uma certa independência, e será que agora os outros vão interferir em nós? Eu não estou a perceber. (E8 Enf USFA)</p> <p>- mas disseram que ninguém sabia de nada, nem mesmo o director sabia o que é que isto iria acontecer, quem é que ia ficar, quem vai, quem vai aderir... Ainda ninguém sabe assim concretamente... (E5 - Enf USFA)</p>

	Ritmo de implementação	<p>- Dizem que sim, dizem que estão muito contentes com o número que têm. (E5 - Enf USFA)</p> <p>- que, o pouco que sei, acho que, por um lado, já devia de estar tudo implementado, porque abriram as USF e deixaram a outra parte para trás, que já devia ter sido iniciada, porque já estamos a ter esse problema. (E6 - Enf USFA)</p>
	ACES	<p>- ...atrasados, uma confusão, ninguém sabe de nada... Alguma coisa vai ficar para trás, não é, coisas para fazer, coisas para organizar, nós temos dois colegas que estão parados, não é, se calhar há algum sítio que está a precisar de enfermeiros, não sei. Temos duas colegas que estão... à espera que alguém diga alguma coisa. Não tem lógica, isto, acho eu. (E5 - Enf USFA)</p> <p>- Como já disse a USF funciona em sistema independente. Nós reparamos que estamos a passar um período atribulado em termos de reagrupamento dos CS, mas não é questão que eu queira muito discutir. (E7 Enf USFA)</p> <p>- Claro que tem [consequências por causa dos atrasos], porque há sempre casos que necessitam de alguma referenciação e que nós, muitas vezes, nós não sabemos a quem é que vamos referenciar, como é que vamos fazer. Claro que estando atrasado esse processo, acaba por prejudicar de alguma forma. (E8 Enf USFA)</p>

	Concordância	<p>- Eu acho que... Concordo perfeitamente com esta reforma. As USF são apenas um grupo mínimo da reforma, mas o agrupamento vai ser constituído pela saúde pública, cuidados na comunidade... portanto, eu acho que quando todos esses grupinhos que vão constituir o agrupamento estiverem articulados, eu acho que a população vai ter um bom serviço a nível de CSP.</p> <p>- ...eu penso que toda esta reforma vai ajudar a mudar essas mentalidades (...) (E8 Enf USFA)</p>
Futuro dos CSP		<p>- Eu acho que a tendência é para melhorar, sempre. (E5 - Enf USFA)</p> <p>- Provavelmente vai acontecer como aconteceu nalguns sítios que este modelo não deu grandes resultados e tiveram que encontrar outras soluções. (E6 - Enf USFA)</p> <p>- Continua a ser para mim o pilar de saúde fundamental, quer no aspecto de satisfação do utente, quer no aspecto económico...(E7 Enf USFA)</p> <p>- E vamos conseguir, se conseguirmos, atingir os nossos objectivos, vamos conseguir ter uma população muito mais informada, com melhores hábitos de saúde. (E8 Enf USFA)</p>