

A integralidade sufocada em consultas de 20 minutos: referenciais do Sistema Único de Saúde e Atenção Primária à Saúde estrangulados no aprendizado de competências em uma Residência de Medicina de Família e Comunidade

The stifling of comprehensive care in 20- minute consultations: Sistema Único de Saúde and Primary Health Care principles constrained in competency learning during Family and Community Medicine Residency

La integralidad sofocada en consultas de 20 minutos: referentes del Sistema Único de Saúde y de la Atención Primaria de Salud estrangulados en el aprendizaje de competencias en una Residencia de Medicina Familiar y comunitaria

Roberto Magalhães Silva¹ , Andreia Patrícia Gomes² , Lucas Vega Martinez Veras Ferreira³ 

¹Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

²Universidade Federal de Viçosa e Fundação Oswaldo Cruz – Viçosa (MG), Brasil.

³Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Resumo

Introdução: A Medicina de Família e Comunidade (MFC) se consolida na Atenção Primária à Saúde (APS) como a especialidade preferencial para o desenvolvimento de seus atributos, bem como dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de efetivar o paradigma da Produção Social da Saúde (PSS). A Residência em Medicina de Família e Comunidade (RMFC) é considerada o padrão-ouro de formação desses profissionais capazes de transcender a oferta de serviços, articular redes de cuidados interdisciplinares e superar o modelo biomédico no complexo cenário da APS, o que vem sendo aprimorado com a elaboração de competências para a especialidade. No entanto, a precarização do trabalho que marca a história da APS se destaca como desafio a ser superado. **Objetivos:** Elaborar reflexões acerca dos principais desafios que marcam a APS e caminhos para superá-los. **Métodos:** Realizou-se um ensaio crítico, com base em uma revisão narrativa. Foram consultadas as bases de dados da Scientific Electronic Library Online, Google Acadêmico e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando os descritores “Medicina de Família e Comunidade”, “Residência”, “Educação Baseada em Competências”, “Condições de Trabalho” e “Precarização do Trabalho”. A literatura encontrada foi articulada com a experiência e reflexão dos autores. **Discussão:** Os resultados descrevem como a precarização tem caracterizado o trabalho na APS e impactado negativamente a superação da biomedicina pela PSS. Essa precarização é marcada pela competitividade dos modelos de gestão neoliberais, reforçando um conceito de saúde reduzido e fragmentado, o que fragiliza o SUS e compromete seus atributos constitutivos. Em relação à RMFC, os achados revelam não apenas prejuízos na formação, mas também dificuldades teóricas e práticas enfrentadas pelos profissionais na identificação de problemas, bem como na reflexão e ação sobre essas limitações no desenvolvimento de competências, fortemente subvertidas pela biomedicina medicalizante. Para explicar essas dificuldades e propor soluções, discute-se a fragilidade da formação bioética, especialmente ético-política, aponta-se o conceito de competência dialógica associado ao engajamento político, como potenciais caminhos para superar essas dificuldades. **Conclusões:** A crítica ao atual cenário revela-se tanto desafiadora quanto fundamental na luta pela saúde como direito.

Palavras-chave: Medicina de Família e Comunidade; Precarização do trabalho; Residência médica.

Como citar: Silva RM, Gomes AP, Ferreira LVMV. A integralidade sufocada em consultas de 20 minutos: referenciais do SUS e APS estrangulados no aprendizado de competências em uma Residência de Medicina de Família e Comunidade. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2024;19(46):4242. [https://doi.org/10.5712/rbmfc19\(46\)4242](https://doi.org/10.5712/rbmfc19(46)4242)

Autor correspondente:

Roberto Magalhães Silva
E-mail: rms__23@hotmail.com

Fonte de financiamento:

não se aplica.

Parecer CEP:

não se aplica.

TCLE:

não se aplica.

Procedência:

não encomendado.

Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 08/04/2024.

Aprovado em: 25/06/2024.

Editores convidados:

Maria Inez Padula Anderson e
Marcello Dala Bernardina Dalla.



Abstract

Introduction: Family Practice (FP) is consolidated in Primary Health Care (PHC) as the go for specialty in developing its attributes and principles of the “Sistema Único de Saúde (SUS)”, the Brazilian public health system, seeking to implement the Social Production of Health (SHP) paradigm. The Residency in FP (RFP) is considered the gold standard for training these professionals capable of transcending the provision of services, articulating interdisciplinary care networks and overcoming the biomedical model in the complex PHC scenario, which has been improved with the development of skills for the specialty. However, the precariousness of working conditions that marks the history of PHC stands out as a challenge to be overcome. **Objectives:** Develop reflections on the main challenges that characterize Primary Health Care (PHC) and pathways to overcome them. **Methods:** A critical essay was carried out, based on narrative review. The databases of Scientific Electronic Library Online, Google Scholar, and Biblioteca Virtual em Saúde were searched using the descriptors “Family and Community Medicine”, “Residency”, “Competency Based Education”, “Working Conditions”, and “Precarious Work”. The literature found was articulated with the experience and reflection of the authors. **Discussion:** The results describe how precariousness has characterized work in PHC and negatively impacted the overcoming of biomedicine by SHP. This precariousness is marked by the competitiveness of neoliberal management models, reinforcing a reduced and fragmented concept of health, which weakens the SUS and compromises its constituent attributes. In relation to RMFC, the findings reveal not only losses in training, but also theoretical and practical difficulties faced by professionals in identifying problems, as well as in reflecting and acting on these limitations in the development of skills, strongly subverted by medicalizing biomedicine. To explain these difficulties and propose solutions, the fragility of bioethical training, especially ethical-political training, is discussed. The concept of dialogical competence associated with political engagement is highlighted as potential ways to overcome these difficulties. **Conclusions:** Criticism of the current scenario proves to be both challenging and fundamental in the fight for health as a right.

Keywords: Family Practice; Precarious Employment; Internship and residency.

Resumen

Introducción: La Medicina Familiar y Comunitaria (MFC) se consolida en la Atención Primaria de Salud (APS) como la especialidad preferencial para el desarrollo de sus atributos, así como de los principios del “Sistema Único de Saúde (SUS)”, el sistema de salud pública de Brasil, con el objetivo de hacer efectivo el paradigma de la Producción Social de la Salud (PSS). La Residencia en Medicina Familiar y Comunitaria (RMFC) se considera el estándar de oro para la formación de estos profesionales, capaces de trascender la oferta de servicios, articular redes de atención interdisciplinaria y superar el modelo biomédico en el complejo escenario de la APS, lo cual se ha mejorado con la elaboración de competencias para la especialidad. Sin embargo, la precarización del trabajo, que marca la historia de la APS, se destaca como un desafío a superar. **Objetivos:** Desarrollar reflexiones sobre los principales desafíos que caracterizan la APS y los caminos para superarlos. **Métodos:** Se realizó un ensayo crítico basado en una revisión narrativa. Se consultaron las bases de datos de la Scientific Electronic Library Online, Google Académico y la “Biblioteca Virtual em Saúde”, utilizando los descriptores “Medicina Familiar y Comunitaria”, “Residencia”, “Educación Basada en Competencias”, “Condiciones de Trabajo” y “Precarización del Trabajo”. La literatura encontrada se articuló con la experiencia y reflexión de los autores. **Discusión:** Los resultados describen cómo la precarización ha caracterizado el trabajo en la APS y ha impactado negativamente en la superación de la biomedicina por la PSS. Esta precarización está marcada por la competitividad de los modelos de gestión neoliberales, reforzando un concepto de salud reducido y fragmentado, lo que debilita al SUS y compromete sus atributos constitutivos. En cuanto al impacto sobre la RMFC, los hallazgos revelan no solo perjuicios en la formación, sino también dificultades teóricas y prácticas enfrentadas por los profesionales en la identificación de problemas, así como en la reflexión y acción sobre estas limitaciones en el desarrollo de competencias, fuertemente subvertidas por la biomedicina medicalizante. Para explicar estas dificultades y proponer soluciones, se discute la fragilidad de la formación bioética, especialmente ético-política, y se señala el concepto de competencia dialógica asociado al compromiso político como posibles caminos para superar estas dificultades. **Conclusiones:** La crítica al escenario actual se revela tanto desafiante como fundamental en la lucha por la salud como derecho. **Palabras clave:** Medicina Familiar y Comunitaria; Precarización del trabajo; Internado y residencia.

INTRODUÇÃO

A Medicina de Família e Comunidade (MFC) vem se consolidando como a especialidade preferencial para o desenvolvimento dos atributos da Atenção Primária à Saúde (APS). Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a APS foi reestruturada a partir da Estratégia Saúde da Família (ESF). O especialista em MFC deve ser capaz de efetivar os atributos essenciais, sendo a integralidade um deles, bem como seus derivados. Considerando que a APS é responsável por ser o nível prioritário de acesso e pela coordenação do cuidado, é fundamental que o MFC também garanta os princípios e diretrizes do SUS: Universalidade, Equidade, Integralidade, Hierarquização e Regionalização, Descentralização e Controle Social.^{1,2}

Esses atributos e princípios são pilares na superação do paradigma biomédico em favor da Produção Social da Saúde (PSS). O modelo biomédico entende a saúde como a ausência de doença, em uma lógica de causa e efeito, focando seus esforços na prevenção ou cura de doenças. Organiza o trabalho centrado no hospital, separando os sujeitos de seu território, com ênfase na autoridade médica e na farmacoterapia, caracterizando-se pela fragmentação das abordagens profissionais e pela focalização das especialidades. Por outro lado, o paradigma da PSS propõe uma abordagem em saúde que desloca o foco das causalidades biológicas para a compreensão do adoecimento ou sofrimento em seus contextos sociais, como a história, cultura e política. Baseia-se na noção de cidadania dos sujeitos, considerando que a saúde resulta das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, bem como do acesso a serviços de saúde, compondo uma forma de entender a relação entre doença e saúde conhecida como determinação social do processo saúde-doença.³

O conceito de integralidade destaca-se tanto como diretriz do SUS quanto como atributo essencial da APS. Descrito por Starfield como “a disponibilidade e a prestação de serviços para atender todas as necessidades da população, exceto as incomuns” e definido na Lei Orgânica da Saúde como “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”, é evidente que esse conceito é interdependente tanto das demais diretrizes do SUS quanto dos atributos da APS. Atender de forma integral as necessidades de saúde da população brasileira, marcada por gigantesca desigualdade, pressupõe garantir a universalidade do acesso e a equidade na oferta. Da mesma forma, desenvolver a prevenção em saúde de forma coletiva, a partir da perspectiva da integralidade, exige atenção aos contextos em que os sujeitos estão inseridos, uma vez que estes também compõem seu modo de ser e viver. Isso demanda competência cultural e orientação comunitária, previstas nos atributos da APS, dos profissionais, com a finalidade de trabalhar com as especificidades sociais dos diferentes povos e culturas que habitam o território. Além disso, considerando o contexto político, em que o paradigma da PSS e o SUS se constroem no bojo de lutas por democracia, é pertinente a presença de um forte controle social para orientar o novo modo de pensar e produzir saúde.^{4,5}

Observa-se que especializar-se no contexto da ESF envolve o exercício cotidiano de reflexão sobre como operacionalizar a APS de maneira abrangente, resolutiva, de base territorial e orientação comunitária. Isso implica não apenas considerar os serviços a serem ofertados, mas também os valores sociais e políticos relacionados ao modo de vida, como analisa Paim.⁶ Assim, o especialista no cenário da APS deve atuar como sujeito político e concretizar o novo paradigma de saúde em sua prática diária, ou seja, deve “transcender o agir instrumental, voltado para o êxito técnico que constrói objetos e passa pelo agir estratégico, com vistas ao sucesso político (distribuição do poder); para alcançar o agir comunicativo, que visa ao alcance existencial, construindo sujeitos, além da produção de bens e serviços”.⁶

Finalmente, o novo trabalho em saúde requer o desenvolvimento de novas formas de trabalho multiprofissional e intersetorial. É necessário ir além das agendas de consultas e do consultório, articulando uma rede intersetorial de ações que não se limite a visitas domiciliares e realização de grupos focalizados, mas que também inclua ações no território com objetivos de planejamento e educação em saúde, reuniões frequentes com atores sociais e demais setores públicos que compõem a seguridade social, visando coordenação do cuidado e controle social. Conclui-se que o MFC deve ser capaz de modificar sua prática de consultório ou método clínico e também articular ações preventivas, curativas e de promoção de saúde que abordem as diversas condições dos sujeitos e seus contextos.

Diante desses desafios, a formação em MFC deve também concretizar o paradigma da PSS, orientando o desenvolvimento das competências necessárias para o exercício dessa profissão complexa e abrangente. No Brasil, coexistem diversos modelos de especialização. A Residência em Medicina de Família e Comunidade (RMFC), caracterizada pelo treinamento em serviço, foi o modelo percorrido por um dos autores e, portanto, será o objeto desta análise.¹

A RMFC é regulamentada pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), que define normas como a supervisão por pares mais experientes e processos avaliativos.¹ Recentemente, a CNRM aprofundou algumas características pedagógicas dos programas, desenvolvendo um currículo baseado em competências, entendidas como a capacidade de mobilizar diferentes recursos para resolver, com pertinência e sucesso, os problemas da prática profissional em diversos contextos do trabalho em saúde, a partir de aspectos cognitivos, atitudinais e psicomotores.⁷ Esse referencial é observado não apenas nos currículos das residências, mas também nas diretrizes para a graduação médica, exigindo o desenvolvimento não apenas de conhecimentos, mas também de habilidades e atitudes.^{1,8}

Para contribuir, um currículo baseado em competências foi desenvolvido pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC).⁹ Alguns anos depois, a CNRM definiu a matriz de competências que deve ser desenvolvida na RMFC.¹⁰ Ambos os documentos ilustram a complexidade, abrangência e incertezas que caracterizam o trabalho e, conseqüentemente, o aprendizado em MFC.

Esse contexto demanda evolução na prática clínica, bem como transformações no processo de trabalho e, em última análise, no panorama social em que a MFC e sua residência se desenvolvem.^{1,6}

Como médico residente em um Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC), observei que era comum a queixa de pares, preceptores e residentes sobre os grandes desafios e dificuldades em desenvolver o trabalho e o aprendizado nos cenários de prática da APS.

Nas reflexões compartilhadas por meus colegas, percebi um enfoque nas dificuldades impostas pelas condições de trabalho, como estrutura física precária, equipes com recursos humanos inadequados, sobrecarga de trabalho e o contexto social adverso dos territórios. O tempo disponível para cumprir a rígida agenda de consultas, visitas domiciliares, reuniões e tarefas administrativas parecia insuficiente para suprir as demandas da população, resultando em frequentes horas extras de trabalho, queixas dos usuários e insatisfação dos profissionais.

De fato, o trabalho na APS brasileira enfrenta problemas significativos que antecedem a criação do SUS em 1990, apesar dos avanços na estruturação da ESF, com diversos programas de capacitação e formação dos profissionais de saúde e a mudança de paradigma em saúde. Entre os principais obstáculos que permeiam a APS até os dias atuais, destacam-se a regulamentação, o financiamento, a estrutura física, a formação de recursos humanos e a precarização do trabalho. Importantes retrocessos nos últimos sete anos, como a Emenda Constitucional 95 (EC 95), que congela investimentos em saúde, a criação da Carteira de Serviços da Atenção Primária em Saúde (CaSAPS), a Reforma Trabalhista e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017, aprofundam a precarização e promovem elaborações reducionistas dos aspectos constitutivos da APS.^{1,6,11}

Nesse contexto, compartilhei diversas angústias com meus colegas, especialmente no campo das atitudes, como o desafio de oferecer ações de promoção e prevenção de saúde em um cenário tão precário. Era comum o relato de que as consultas focavam no processo queixa-conduta, que as ações no território se limitavam a visitas pontuais, que os grupos eram secundarizados em relação às abordagens individuais e que as articulações com os demais serviços ficavam apenas no plano teórico. Assim, observei não apenas o compartilhamento das angústias, mas também sinais de resignação e indisposição crítica diante

das situações. Com o aparente caráter impositivo da realidade, também passei a perceber resignação em minhas próprias reflexões e atitudes diárias, sentindo-me progressivamente menos crítico e indisposto a buscar soluções além das adaptações que julgava inadequadas e insuficientes.

Sendo “competência” definida como a capacidade de solucionar problemas da prática profissional com sucesso, houve um incômodo e impressão do autor de que residentes estavam conformados, consciente ou inconscientemente, com o desenvolvimento de competências que aplicavam um projeto de saúde distante do paradigma da PSS que fundamenta o SUS, possivelmente mais próximo do paradigma biomédico.

Diante dessas circunstâncias, as seguintes indagações nortearam este trabalho: como as condições de trabalho estão impactando a formação de MFCs? Esse impacto pode estar desfigurando os princípios do SUS e os atributos da APS, contribuindo para a perpetuação do paradigma biomédico? As habilidades e competências desenvolvidas nas RMFCs estão divergindo daquelas consideradas necessárias para a profissão? Como as RMFCs podem reagir para fortalecer o paradigma da PSS?

MÉTODOS

Trata-se de um ensaio crítico baseado em revisão narrativa, discutindo o assunto a partir de conceitos e analisando a literatura com a crítica pessoal do autor. Enquadra-se dentro da metodologia qualitativa, que não permite a reprodução de dados nem respostas quantitativas, mas constitui uma ferramenta poderosa para a educação continuada.¹²

Foram utilizadas as bibliotecas virtuais Scientific Electronic Library Online (SciELO), Google Acadêmico e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), pesquisadas com os descritores “Medicina de Família e Comunidade”, “Residência”, “Educação Baseada em Competências”, “Condições de Trabalho” e “Precarização do Trabalho”. Além desses, diversos outros trabalhos de conhecimento do autor foram incluídos nas referências da discussão. Por fim, como médico residente no cenário de prática abordado, o autor também trouxe experiências e percepções pessoais como fontes de reflexão. O texto foi revisado com base nas diretrizes SQUIRE da EQUATOR Network.

DISCUSSÃO

É amplamente reconhecido que o trabalho no contexto da APS é caracterizado por elevada complexidade, abrangência e imprevisibilidade das demandas. Segundo Abrahão, exige uma dinâmica intensa de processos decisórios, criatividade e autonomia para o imprevisto, representando um desafio no planejamento de modelos organizacionais do trabalho.¹³

A partir dessa observação, é possível depreender o conflito entre essas exigências e a rigidez das agendas abarrotadas de consultas e tarefas administrativas impostas verticalmente ou inerentes ao processo de trabalho, como vivenciei com colegas na APS.

De fato, em contraste com os recursos necessários para o dinamismo, criatividade e autonomia, a história de estruturação da ESF é marcada pela precarização do processo de trabalho típica da economia neoliberal, com estrutura física insuficiente, subdimensionamento dos recursos humanos, sobrecarga de trabalho, vínculos empregatícios inseguros e gestão taylorista. Com o processo taylorizado, ocorre a separação entre formuladores e executores do trabalho, repetitividade das tarefas, fiscalização por desempenho, fragilidade da comunicação formal e hierárquica, falta de cooperação, competitividade e

forte normatização. Isso resulta em intenso desgaste, pouca autonomia e automatismo, comprometendo o interesse pela promoção da saúde e distanciando o cuidado em saúde interdisciplinar e integral.^{13,14}

A precarização se intensificou com a adoção de modelos de gestão terceirizados, iniciados na década de 1990 com as Organizações Sociais (OS), que têm aumentado cada vez mais e são pouco regulamentados pelo Estado, tornando praticamente ausente a participação popular prevista no SUS, com a captura do processo produtivo e o cerceamento do trabalho por meio dos contratos entre gestor e OS.^{6,14-17}

Todas as categorias são afetadas pela insegurança dos vínculos empregatícios, acúmulo de funções e sobrecarga de trabalho, com destaque para a enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), mas impactando também os profissionais de medicina, comprometendo seu trabalho.¹⁷⁻²²

Além disso, programas governamentais de qualificação da APS foram descontinuados após o golpe parlamentar de 2016. A Reforma Trabalhista fragilizou os vínculos e enfraqueceu os sindicatos; a PNAB desvaloriza e limita o papel do ACS, direcionando a APS para focalizações e seletividades e induzindo a criação da CaSAPS e do Previner Brasil, definindo uma cesta mínima de serviços e condicionando o financiamento a essa definição. Essas medidas vêm descaracterizando a ESF, que está retrocedendo em direção ao paradigma biomédico de saúde, fragilizando os atributos da APS enquanto se aproxima do modelo restritivo da Cobertura Universal de Saúde (CUS), com serviços básicos seletivos, focados na “queixa-conduta”, fragmentados e medicalizantes, limitando a autonomia dos trabalhadores com agendas padronizadas e presença territorial frágil, interdisciplinaridade e orientação comunitária.^{6,11,16,23}

Assim, o aprofundamento de aspectos como hierarquização, diálogo escasso entre gestores e trabalhadores, rigidez das normativas, assédio e fiscalização por produtividade — típicos da gestão neoliberal — associados à ameaça de desemprego, resultam em competição entre os trabalhadores, que serve como coação para que se submetam à exploração.¹⁶

Finalmente, a produtividade resultante desse cenário apresenta uma importante contradição em relação aos benefícios para a população. Os indicadores de desempenho são majoritariamente baseados no modelo biomédico, opiniões de especialistas e gestores, marginalizando os pontos de vista de trabalhadores e pacientes, em oposição ao que seria esperado para nortear políticas públicas em PSS, que são ricas em subjetividades. Além disso, é importante destacar que ampliar o acesso de forma isolada e seletiva não garante os demais atributos e princípios do SUS.^{6,11,15}

Dado esse cenário, é de se esperar um forte impacto no aprendizado dos residentes da RMFC. Contudo, parece haver pouca literatura com esse enfoque. Um artigo discute a formação de MFCs no Rio de Janeiro e associa o panorama de precarização a um movimento global. A Declaração de Astana simboliza um esforço dos Estados para garantir a existência do mercado da saúde e também incide sobre processos educacionais, reforçando o projeto da CUS, que consiste em uma visão seletiva de APS, rompendo com o conceito ampliado de saúde e afetando as RMFCs.²³

Outro artigo relata a visão do gestor municipal sobre as RMFCs, reconhecendo os benefícios de atrair esses programas, pois residentes qualificam o trabalho e ampliam a cobertura da ESF. Apesar disso, não há investimentos para adequar os serviços, melhorar a infraestrutura ou o processo de trabalho.²⁴

Por último, um trabalho sobre a gestão compartilhada entre uma OSS e um serviço em São Paulo discutiu a precarização do trabalho e suscitou reflexões sobre como isso impactaria o processo educacional da instituição, que recebia graduandos e pós-graduandos. Seus apontamentos sugerem um impacto negativo, inferindo incoerência em um cenário de prática que se distancia dos princípios da APS e da criticidade do conceito ampliado de saúde.²⁵

Ademais, uma oficina realizada pela SBMFC identificou queixas como demanda assistencial excessiva e estruturas inadequadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs). Foi apresentada uma pesquisa que revelou que 60% dos residentes entrevistados dividem o trabalho com o preceptor, enquanto 25% eram o único médico da equipe, sugerindo sobrecarga de trabalho e precarização que podem comprometer princípios da APS, como evidenciado em outros estudos.²⁶

Logo, recapitulando as duas primeiras indagações, é possível inferir que há, de fato, um distanciamento entre o projeto teórico-político que embasa o SUS, a APS, a MFC, a RMFC e a prática que se materializa em agendas abarrotadas de consultas de 20 minutos, o que limita a integralidade das interações e reduz o trabalho a uma abordagem “queixa-conduta” em série, semelhante a uma linha de produção. Assim, observa-se que a precarização do trabalho impacta significativamente a formação de MFCs, inseridos nesse contexto, e que tal impacto pode enfraquecer princípios constitutivos da APS.

Passando então a explorar as outras duas inquietações, como residente, suspeitei que a adaptação às dificuldades da APS ocorre com resignação e pouca criticidade. Isso pode resultar em um prejuízo global nas competências baseadas nos atributos do SUS, refletindo desinteresse e fragilidade nos preceitos do paradigma da PSS e uma possível retrocessão à biomedicina. Além disso, isso diverge das bases para a graduação médica, que pressupõe a formação crítico-reflexiva.^{1,8}

Destarte, é notável como egressos de RMFCs percebem a formação e o processo de trabalho com uma interessante contradição: satisfação com o aprendizado adquirido para a APS, mas queixas sobre dificuldades devido à precarização. Essa contradição pode ser explicada por uma sensação de melhor qualificação após a residência, associada à percepção de enfrentar um contexto precário ao tentar aplicar as competências adquiridas, o que pode significar a resignação observada e o consequente desenvolvimento de competências biomédicas em detrimento da PSS.²⁰⁻²²

Aprofundando, alguns autores postulam que os problemas enfrentados na APS podem ser analisados pela bioética, que contempla decisões, políticas, ciências e cuidados com a saúde e a vida, recrutando interdisciplinaridade. No entanto, inferem que esses aspectos éticos podem não ser perceptíveis ao trabalhador, usuário e gestor, resultando em dificuldades teóricas e práticas para propor soluções e dúvidas sobre autonomia e responsabilidade.^{16,19}

O dilema do tempo insuficiente para cumprir a agenda de consultas e tarefas vivenciado por residentes ilustra bem esse cenário: o acesso e a gestão da agenda eram temas de discussão frequentes, associados à dificuldade em adequar a capacidade de atendimento à prática bem estabelecida entre gestores e profissionais da APS do município, na qual o tempo de consulta deveria girar em torno de 20 minutos. Ao longo dos 2 anos de residência, apesar de a discussão sobre a dedicação de tempo para a agenda de consultas ter sido frequente, pouco aprofundamos os referenciais teóricos que poderiam permitir discutir essa prática.

Esse cenário de escassez de discussão teórica e prática sobre o tempo de consulta, que deveria refletir uma agenda conciliando o aprendizado da RMFC com o paradigma da PSS, parece corresponder às dificuldades que os profissionais da APS enfrentam ao perceber e solucionar problemas bioéticos, como analisado por Vidal et al.²⁰

Diante desse imbróglio, apesar de haver flexibilidade na agenda e no tempo de consulta no início da residência, acaba-se ajustando aprendizado e prática à agenda de 20 minutos, mesmo reconhecendo que uma prática baseada na PSS parecia não se adequar a esse tempo.

Não seria essa adaptação a melhor atitude a ser tomada, considerando as competências bioéticas previstas, apesar dos prejuízos aos aspectos constitutivos do SUS, visando ao desenvolvimento dos atributos da APS “na medida do possível”?

Primeiramente, é necessário entender a origem teórico-política de tal prática. Essa forma de gestão do trabalho está embasada em indicadores e modelos de acesso recomendados para a ESF. Um dos parâmetros cita a necessidade de um mínimo de 1,5 consultas médicas/habitante/ano, o que resulta em 2,98 consultas/hora se o médico se dedicar exclusivamente às consultas, aproximando-se do tempo de 20 minutos por consulta. No entanto, outro parâmetro considera que as equipes de Saúde da Família não devem ser “centradas só no atendimento médico ambulatorial e individual, incluindo visitas domiciliares, atividades em grupo e participação em atividades de gestão (diagnóstico local, planejamento, monitoramento de indicadores, etc.)”,²⁷ apontando o valor de 1 consulta médica/habitante/ano. Com esse parâmetro, e assumindo que o médico dedica 2 turnos por semana às atividades mencionadas e atende nos outros 8 turnos, como é comum nas equipes do Rio de Janeiro, encontrou-se um resultado de 2,48 consultas/hora, ou seja, aproximadamente 24 minutos por consulta.

Vale mencionar que, no contexto específico da RMFC, a CNRM e a SBMFC recomendam que o residente deve se responsabilizar por no máximo 2.000 pessoas da área de cobertura se compuser a equipe de assistência, conforme o contrato de prestação de serviços da OS da qual participei. A SBMFC reduz o valor recomendado para 1.500 em áreas de vulnerabilidade, o que é comum nas equipes do Rio de Janeiro. Com esse número e considerando que as equipes de PRMFC na cidade frequentemente mantêm dois residentes por equipe, atendendo em torno de 4 turnos por semana cada um, a carga de trabalho se aproxima do resultado de 2,48 consultas/hora. Em contraste, o código de ética médica do Conselho Federal de Medicina (CFM) determina que o tempo necessário para o ato médico deve ser definido a critério do profissional.^{1,2,28-30}

Notam-se contradições importantes entre as recomendações regulatórias da profissão e a organização do trabalho na APS do Rio de Janeiro. O marco regulatório da profissão contempla essa determinação em concordância com a análise da imprevisibilidade do trabalho em saúde e a necessidade de criatividade e autonomia em sua realização. Em contraste, apesar da busca pela superação do trabalho médico limitado às consultas ambulatoriais, a redução do parâmetro mencionado anteriormente mantém o referencial de saúde em metas que resultam na rigidez das agendas, seletividade das ações e aproximação da abordagem queixa-conduta. Além disso, embora uma maior disponibilidade de tempo para consultas individuais e outras atividades não ambulatoriais não seja, por si só, suficiente para superar o paradigma biomédico, a cobrança por produtividade, refletida pelo elevado número de atendimentos e pela curta duração das consultas, constitui um obstáculo significativo para a construção de alternativas contra-hegemônicas, como a PSS.

Em segundo lugar, é importante entender, dentro do projeto pedagógico dos PRMFCs, a origem da dificuldade em identificar essa lacuna teórica fundamental para o trabalho e aprendizado, o que remete aos processos avaliativos de aprendizagem. Observa-se que são estimuladas avaliações formativas e baseadas nas competências desejadas, com vistas a uma análise crítica da realidade, do processo ensino-aprendizagem e das deficiências do próprio PRMFC. Essas avaliações necessitam de um julgamento com integração teórico-prática e ensino-sociedade, referenciadas em currículo e matriz de competências.¹ No currículo de competências da SBMFC, a bioética é abordada como um dos fundamentos da prática. Na matriz de competências da CNRM, entretanto, a ética é mencionada apenas como uma habilidade de trabalho em equipe.^{7,31}

Diversas formas de avaliação são utilizadas, como feedbacks, autoavaliação, avaliação 360° e simulações, sendo as duas primeiras as mais frequentes na experiência como residente. Apesar de tais avaliações terem sido fundamentais para o aprendizado e julgamento crítico das dificuldades na APS exploradas neste texto, elas foram insuficientes para encontrar soluções satisfatórias para os problemas bioéticos relatados, o que parece ilustrar uma dificuldade na integração entre produção acadêmica e prática no SUS, conforme analisado pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO).^{1,6,11}

Para entender melhor essa insuficiência, recorre-se a Siqueira-Batista et al.,³² que afirmam que as competências têm suas bases técnico-científicas e ético-políticas produzidas em um contexto histórico, dotadas de ideologia e resultantes de conflitos de interesse.²⁸ Atualmente, refletem a disputa entre a saúde como mercadoria, típica do capitalismo, e a saúde como direito, prevista no SUS. Orientadas pela lógica de mercado neoliberal, favorecem a exploração produtiva, a responsabilização individual em detrimento da coletiva, e capturam a organização social em uma lógica de recompensa baseada em performance, resultando em autonomia do trabalho e aprendizado limitados pela competitividade do mercado. Consequentemente, a promoção da saúde perde sua criticidade e seu papel emancipatório na construção de cidadania, substituída pela produtividade normatizadora, que controla corpos, hábitos e culturas com o objetivo de gerar números que alimentem os indicadores. Para o autor, essa é a noção de competências que vem sendo hegemônica na formação médica, perceptível no panorama do trabalho da APS, medicalizante e desvinculado de seus atributos.^{6,29,32}

Nesse sentido, os autores explicam a insuficiência teórica dos trabalhadores para disputar o conceito de competências devido à frágil formação crítico-reflexiva e à capacidade limitada de contestar a hegemonia do *habitus*, que constitui um modo de ser e fazer profissional. Gomes e Rego, baseando-se em conceitos de Pierre Bourdieu, observam que a formação e o trabalho em medicina constituem um campo de correlação de forças, onde o *habitus* herdado do modelo biomédico é o dominante, por ser dotado de maior capital simbólico, caracterizado como a legitimidade conferida pela sociedade para esses sujeitos exercerem o poder em seu campo. Esse capital simbólico exerce um domínio entendido como natural, dificultando seu questionamento, e esse domínio é compreendido como violência simbólica.^{32,33}

Finalmente, Gomes argumenta que a mera mudança de referenciais teóricos e pedagógicos não é suficiente para subverter o *habitus* instituído por anos de violência simbólica no campo do trabalho médico. É necessário construir um campo com agentes sociais diferentes, formando novos esquemas de pensamento e processos de trabalho, disputando politicamente o capital simbólico para combater a perpetuação do *habitus* biomédico.³³

Diante das dificuldades em desenvolver competências fortemente engajadas nos atributos da APS, a adaptação em favor de uma prática biomédica pode ser compreendida como uma solução bioética frágil, orientada pela resignação, devido à insuficiência da formação em MFC e às atuais formas de organização do trabalho para superar a violência simbólica e o *habitus* da biomedicina.³³

Para começar a pensar em novos caminhos, Siqueira-Batista et al.³² apresentam o conceito de competência dialógica como uma alternativa, definida pelo desenvolvimento de capacidades cognitivas, psicomotoras e afetivas, que permitem a solução de problemas de formas distintas, valorizando aspectos históricos, saberes e valores diversos. Dessa forma, esse conceito se aproxima das bases teóricas do SUS, como trabalho interdisciplinar, integralidade, orientação comunitária e participação popular. Além disso, permite a autonomia e o tipo de gerência que Abrahão preconiza para o trabalho na APS, explorando a criatividade para lidar com eventos inesperados e evitando o desinteresse pelo ato cuidador.^{13,32}

No entanto, esse novo conceito também pressupõe engajamento ético-político, sob pena de ser inscrito em uma adaptação infértil e inofensiva à transformação do paradigma biomédico, caso não haja mobilização desse engajamento. Nesse sentido, é possível inferir que o conceito pode ser desenvolvido por meio de educação permanente e dispositivos de controle social, como os conselhos de saúde, em uma integração ensino-serviço-comunidade, com eficiência baseada nos princípios norteadores da APS, conforme preconiza a ABRASCO.^{6,32}

Este trabalho teve como limitações o viés de observação do autor e a temática abrangente entre os campos da saúde e da educação, o que dificultou o aprofundamento de alguns conceitos, que foram abordados de forma objetiva.

(IN)CONCLUSÕES

A intenção maior da criticidade do texto é manter viva a chama da luta pelo direito à saúde, que norteou a reforma sanitária e criou o SUS. Não há dúvida de que a MFC avança ao promover os atributos do SUS. Contudo, diante da precarização que caracteriza o trabalho em saúde no capitalismo tardio, imposta por interesses burgueses, é esperado que a classe trabalhadora recue, no âmbito político-científico, frente às derrotas sofridas nos últimos anos.

Afetivamente, é desafiador trazer à tona esses assuntos que parecem afetar a autoestima da nossa especialidade, a qual busca se legitimar no espaço que lhe é mais adequado: a APS. Essa luta representa não apenas a prova de seu valor, mas também a consolidação da PSS. No entanto, a captura da produção do conhecimento pelo poder hegemônico faz parte da disputa político-ideológica, o que justifica o propósito deste texto de trazer inquietações para o debate, com o objetivo de construir uma consciência coletiva. É nossa tarefa, como uma das vanguardas na luta pela saúde no Brasil, seguir os conselhos de Darcy Ribeiro e não nos resignar.

CONFLITOS DE INTERESSE

Nada a declarar.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

RMS: Conceituação, Análise Formal, Investigação, Metodologia, Administração do Projeto e Recursos. LVMVF: Conceituação, Análise Formal, Investigação, Metodologia, Administração do Projeto e Recursos. APG: Conceituação, Metodologia e Análise Formal.

REFERÊNCIAS

1. Gusso G, Lopes JMC, Dias LC, Cunha GC, Islabão AG, Schwartzhaupt MR. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. 2ª ed. v. 1-2. Porto Alegre: Artmed; 2019. 938 p.
2. Duncan, BBD, Schmidt, MI, Giugliani, ERJ, Duncan, MS, Giugliani, C. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2022.
3. Nogueira RP, org. Determinação social da saúde e reforma sanitária. Rio de Janeiro: CEBES; 2010.
4. Starfield BM, Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia Brasília: UNESCO; 2002.
5. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 set. 1990, Seção 1.

6. Paim JS. Desafios para a saúde coletiva no século XXI. Salvador: EDUFBA, 2006. 154 p.
7. Rede de Pesquisa em APS (org.). Bases para uma Atenção Primária à Saúde integral, resolutive, territorial e comunitária no SUS: aspectos críticos e proposições. Brasília: Organização Pan-americana de Saúde, Rio de Janeiro: Abrasco; 2022. 111 p.
8. Secretaria de Ensino Superior, Ministério da Educação (Brasil). Resolução nº 1, de 25 de maio de 2015. Regulamenta os requisitos mínimos dos programas de residência médica em Medicina Geral de Família e Comunidade - R1 e R2 e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 25 maio 2015, Seção 1.
9. Brasil. Secretaria de Ensino Superior, Ministério da Educação. Resolução nº 3, de 20 de Junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 jun. 2014, Seção 1.
10. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Currículo Baseado em Competências para a Medicina de Família e Comunidade [Internet]. [acessado em 08 mar. 2024]. Disponível em: [https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias\(1\).pdf](https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias(1).pdf)
11. Brasil. Secretaria de Ensino Superior, Ministério da Educação. Resolução nº 9, de 30 de Dezembro de 2020. Aprova a matriz de competências dos Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade no Brasil. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 2020, Seção 1.
12. Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco. Contribuição para uma agenda política estratégica para a Atenção Primária à Saúde no SUS. Saúde Debate 2018;42(spe1):406-30. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S128>
13. Rother ET. Revisão sistemática X revisão narrativa. Acta Paul Enferm 2007;20:v-i. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>
14. Abrahão AL. Atenção Primária e o Processo de Trabalho em Saúde. Informe-se em Promoção da Saúde 2007;3(1):01-03 [Internet]. [acessado em 01 fev. 2024]. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/444784/mod_folder/content/0/Atencaoprimaria%20e%20o%20pts.pdf
15. Damascena DM, Vale PRLF do. Tipologias da precarização do trabalho na atenção básica: um estudo netnográfico. Trab Educ Saúde 2020;18:e00273104. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00273>
16. Fonseca JMD, Lima SML, Teixeira M. Expressões da precarização do trabalho nas regras do jogo: Organizações Sociais na Atenção Primária do município do Rio. Saúde Debate 2021;45(130):590-602. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113003>
17. Rodrigues DS, Martins C, Inês M, Batista S. A precarização do trabalho como questão bioético: o trabalho na atenção primária. 2018 [Internet]. [acessado em 07 fev. 2024]. Disponível em: <https://convencionsalud2018.sld.cu/index.php/convencionsalud/2018/paper/download/1795/816>
18. Shimizu HE, Carvalho Junior DAD. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. Ciênc Saúde Coletiva 2012;17(9):2405-14. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000900021>
19. Vasconcelos FGA, Zaniboni MRG. Dificuldades do trabalho médico no PSF. Ciênc Saúde Coletiva 2011;16(Suppl 1):1497-504. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700085>
20. Vidal SV, Motta LCDS, Gomes AP, Siqueira-Batista R. Problemas bioéticos na Estratégia Saúde da Família: reflexões necessárias. Rev Bioét 2014;22(2):347-57. <https://doi.org/10.1590/1983-80422014222016>
21. Cavalcante GRRV, Cavalcante RRV, Trindade TGD, Oliveira FPD, Pessoa TRRF. Residência de Medicina de Família e Comunidade: percepções de egressos sobre sua formação e processo de trabalho. Interface (Botucatu) 2022;26(suppl 1):e210610. <https://doi.org/10.1590/interface.210610>
22. Matos FVD, Cerqueira MBR, Silva AWM, Veloso JDCV, Morais KVAD, Caldeira AP. Egressos da Residência de Medicina de Família e Comunidade em Minas Gerais. Rev Bras Educ Médica 2014;38(2):198-204. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022014000200006>
23. Rodrigues ET, Forster AC, Santos LLD, Ferreira JBB, Falk JW, Fabbro ALD. Perfil e trajetória profissional dos egressos da Residência em Medicina de Família e Comunidade do Estado de São Paulo. Rev Bras Educ Médica 2017;41(4):604-14. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v41n4RB20160084>
24. Teixeira Junior JE, Romano VF, Izecksohn MMV, Faria Neto E, Paiva MBPD. Interlocuções entre a Declaração de Astana, o Direito à Saúde e a formação em Medicina de Família e Comunidade no Rio de Janeiro, Brasil. Ciênc Saúde Coletiva 2020;25(4):1261-8. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.31252019>
25. Leite APT, Correia IB, Chueiri PS, Sarti TD, Jantsch AG, Waquil AP, et al. Residência em Medicina de Família e Comunidade para a formação de recursos humanos: o que pensam gestores municipais? Ciênc Saúde Coletiva 2021;26(6):2119-30. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.47052020>
26. Barbosa GDS. Gestão compartilhada com organização social: repercussões nos processos e relações de trabalho e na gestão do Centro de Saúde Escola Butantã [dissertação de mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2023. <https://doi.org/10.11606/D.6.2023.tde-17102023-174252>
27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Nota Metodológica da Certificação das Equipes de Atenção Básica Participantes do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [Internet]. [acessado em 24 jun. 2024]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pmaq/ciclo-do-pmaq-ab/1o-ciclo/nota-metodologica/nota_metodologica_pmaq.pdf/view
28. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM no 2.222/2018 e 2.226/2019. Brasília: CFM, 2019.
29. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Contrato de Gestão nº 02/2021 [Internet]. [acessado em 1 abr. 2021]. Disponível em: https://www.institutognosis.org.br/_files/ugd/71050c_ab25d13415f746469bbc2fe5c0656692.pdf

30. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Recomendações Para a Qualidade dos Programas em Residência em Medicina de Família e Comunidade [Internet]. [acessado em 17 jan. 2024]. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Recomendac%CC%A7o%CC%83es-para-a-qualidade-dos-Programas-de-Reside%CC%82ncia-em-Medicina-de-Fami%CC%81lia-e-Comunidade.pdf>
31. Machado LBM, Marques CC, Rodrigues L, Sperling S, Machado NC, Gusso GDF, et al. O Currículo de Competências do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2018;13(40):1-16. [https://doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1602](https://doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1602)
32. Siqueira-Batista R, Gomes AP, Albuquerque VS, Cavalcanti FDOL, Cotta RMM. Educação e competências para o SUS: é possível pensar alternativas à(s) lógica(s) do capitalismo tardio? *Ciênc Saúde Coletiva* 2013;18(1):159-70. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000100017>
33. Gomes AP. (Trans)formação da Educação Médica: é possível mudar o perfil do egresso com base em modificações no método de Ensino-Aprendizagem? [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2011.