

A Busca de uma Identidade para o Médico de Família

I¹ Valéria Ferreira Romano I

Resumo: Este artigo reflete algumas preocupações em relação ao médico de família, no sentido de se perguntar quem é esse sujeito dentro de uma formação médica “biologizante”, que não valoriza a atenção primária, deixando confuso seu ideal de profissão. Tem o objetivo de disponibilizar uma discussão que, na inter-relação entre educação e trabalho, invoca uma reflexão sobre a identidade profissional do médico de família. Realiza uma abordagem qualitativa sobre as práticas dos médicos de família do município do Rio de Janeiro enquanto objeto de análise. Resulta em considerações que refletem a reprodução de um modelo de atenção tradicional, fazendo crer que a educação permanente é uma estratégia importante na busca do acolhimento da população.

► **Palavras-chave:** Saúde da Família; médico de família; educação permanente; identidade profissional.

¹ Docente no Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá (UNESA); doutora em Saúde Coletiva pelo IMS-UERJ. Endereço eletrônico: valromano@uol.com.br.

Recebido em: 02/08/2007.
Aprovado em: 19/09/2007.

O médico de família é um profissional que existe oficialmente no Brasil desde 1994, tendo sido reconhecido como especialista pela Associação Médica Brasileira a partir de 2003. Integra equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) implantadas em muitos municípios do país.² O médico de família “funciona como um generalista que aceita todas as pessoas que o procuram, enquanto outros prestadores de cuidados de saúde limitam o acesso aos seus serviços com base na idade, sexo ou diagnóstico” (WONCA, 2002, p. 2).

Olesen (2000, p. 4) especifica melhor, considerando-o como:

um especialista formado para trabalhar na linha da frente do sistema de saúde e para dar os passos iniciais na prestação de cuidados para qualquer problema(s) de saúde que os pacientes possam apresentar. O médico de família³ cuida de indivíduos no seio da sua sociedade, independentemente do tipo de doença ou de outras características pessoais ou sociais, organizando os recursos disponíveis no sistema de saúde em benefício dos pacientes. O médico de família interage com indivíduos autônomos nos campos da prevenção, diagnóstico, cura, acompanhamento e mediação, usando e integrando as ciências da Biomedicina e da Psicologia e Sociologia médicas.

No Brasil, o Ministério da Saúde não o conceitua em si, mas sim suas atribuições enquanto membro de uma equipe multiprofissional que atende a todos os integrantes de cada família, independentemente de sexo e idade, desenvolvendo com os demais integrantes da equipe, ações preventivas e de promoção da qualidade de vida da população (BRASIL/MS, 2004, p. 6), além de propor que possa:

estabelecer vínculos de compromisso e de co-responsabilidade com a população; estimular a organização das comunidades para exercer o controle social das ações e serviços de saúde; utilizar sistemas de informação para o monitoramento e a tomada de decisões; atuar de forma intersectorial, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde e que têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos-famílias-comunidade (BRASIL, 2007).

Assim, o médico de família deve saber manejar as condições biológicas, psicológicas, sociais e ambientais que afetam desde a criança até o idoso, sem perder a visão ampla da comunidade em que está inserido.

A busca de uma prática médica ampliada que considerasse o manejo das condições citadas acima vem-se estabelecendo ao longo de décadas. Marc Lalonde (2007), ministro da Saúde do Canadá na década de 70, já discutia através do Relatório Lalonde, divulgado em abril de 1974, algumas questões que relacionavam

o sistema de saúde com a prevenção e promoção, integrando-os a uma política de saúde para o país, a partir de cinco principais estratégias e 74 propostas para alcançar os objetivos determinados. Foi um marco para a atenção primária, principalmente porque apontava para um olhar ampliado sobre o campo da saúde, assumindo que, para além do biológico, o diálogo entre o profissional da área e a comunidade deveria passar também pelo estilo de vida, pelos serviços de saúde, pelo meio ambiente; viabilizando um discurso necessariamente abrangente sobre o processo saúde-doença-cuidado.

Entre 1986 e 1991, sucederam-se três Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde (Ottawa em 1986, Adelaide em 1988 e Sundsväl em 1991), atualizando contribuições sobre uma concepção ampla do processo saúde-doença, a partir do estabelecimento das bases conceituais e políticas contemporâneas da promoção da saúde (BUSS, 2003).

Gastão Wagner Campos (2003) há muito vem refletindo sobre o que denomina de Clínica Ampliada, uma Clínica dos Sujeitos, centrada nas pessoas reais, em sua existência concreta, também considerando a doença como parte dessa existência, sem, no entanto, esvaziar o sujeito, apagando suas dimensões subjetivas e sociais, como faz a medicina ao colocar no lugar da pessoa a doença.

É certo que o médico de família não tem uma tarefa simples pela frente quando o desafio é produzir cuidado. Merhy propõe ao médico a utilização de “valises tecnológicas” no lidar com o usuário. Assim:

Acredito que o médico, para atuar, utiliza três tipos de valises: uma vinculada a sua mão e na qual cabem, por exemplo, o estetoscópio, bem como o ecógrafo, o endoscópio, entre vários outros equipamentos que expressam uma caixa de ferramentas tecnológicas formada por “tecnologias duras”; outra que está na sua cabeça e na qual cabem saberes bem estruturados como a clínica e a epidemiologia, que expressam uma caixa formada por “tecnologias leves-duras”; e finalmente, uma outra presente no espaço relacional trabalhador-usuário e que contém “tecnologias leves” implicadas com a produção das relações entre dois sujeitos, que só tem materialidade em ato (MERHY, 2005, p. 94).

Mas, se identidade é o aspecto coletivo de um conjunto de características pelas quais algo é definitivamente reconhecível, ou conhecido (FERREIRA, 2000), então poderíamos nos perguntar qual seria a identidade profissional do médico de família. O médico de família que aprende a ser médico a partir de uma medicina que valoriza o biológico, a doença em detrimento do conceito amplo de saúde, tende

a se perder em sua identidade. Se ser médico é saber realizar diagnóstico e terapêutica (CFM, 2005), ser médico de família é também saber produzir cuidado, valorizar o sujeito e seu ambiente, utilizando de maneira eficaz e eficiente sua valise das relações na interseção com o usuário.

Bonet (2003) defende a idéia de que cabe ao médico de família realizar promoção da saúde com os indivíduos e suas famílias, oferecer aconselhamento médico sobre problemas psicossociais, familiares, sexuais e de estilos de vida, tendo assim, como identidade básica de seu trabalho, o aconselhamento aos usuários e a prática da promoção da saúde à comunidade.

Mas algumas inquietações provocam questionamentos. Assim, seria possível deslocarmos do médico seu foco na doença? Em que medida o médico de família maneja a noção de cuidado e produz saúde a partir de uma Clínica Ampliada?

A Biomedicina na formação médica

Considerando que a formação médica está baseada na Biomedicina ou Medicina Ocidental Contemporânea, na concepção de Luz (1997), reforçamos que, na perspectiva da construção de mudanças na prática médica, tanto o modelo assistencial hegemônico, quanto a educação médica necessitam de reformas, já sabidamente urgentes.

Seria desejável que todos os profissionais da saúde, independentemente de seu local de trabalho, trabalhassem na prevalência de um “compromisso e a preocupação de se fazer a melhor escuta possível das necessidades de saúde trazidas por aquela pessoa que busca o serviço” (CECILIO, 2001, p. 116). Mas, esta, infelizmente não é uma realidade. O que observamos são inúmeros relatos de dissabores e distanciamentos envolvendo principalmente a relação médico-paciente. Clavreul (1983, p. 212) afirma que “falar da relação médico-paciente é praticamente falar de um mito”, o que marca a existência de um desencontro estrutural entre ambos.

A biomedicina nutre os referenciais da promoção da saúde e da prática médica, promovendo a composição de um profissional imerso numa cultura médica, que, de maneira geral, desvaloriza o trabalho na atenção primária. Assim, a biomedicina caracteriza-se por:

- pouco considerar a relação médico-paciente como elemento fundamental da terapêutica;
- buscar meios terapêuticos complexos com uso de tecnologia cara;

- investir pouco na autonomia do paciente;
- realizar a afirmação de uma medicina que tenha como categoria central de seu paradigma a categoria de doença e não de saúde (LUZ, 1997, p. 28).

Vincula biologia e medicina, legitimando “o conhecimento produzido por disciplinas científicas do campo da biologia” (CAMARGO JR, 1997, p. 47) e estruturando uma prática médica que, na tentativa de ser “científica”, descola-se do sujeito. Desta forma, a biomedicina imprime no médico uma marca determinante.

Se o médico de família, pelo simples fato de ser médico, incorpora os valores adotados pela biomedicina, poderíamos inferir a existência de uma dissonância em sua prática. Na medida em que não encontra parâmetros para dialogar com uma realidade que lhe solicita escuta, contextualização, inclusão das questões psicológicas, sociais e ambientais, como lidar com o processo saúde-doença-cuidado? Como resignificar a lógica de atuação, tornando-a permeável a valores diversos, uma vez que a biomedicina não é capaz de responder sozinha às necessidades de saúde da população?

Refletir sobre a qualidade da formação dos médicos de família como resposta à fundamental reestruturação do modelo de atenção à saúde, frente à expansão da Saúde da Família no Brasil, torna-se assim mais do que uma necessidade, um compromisso a ser cumprido. Grande parte dos médicos que trabalham na Saúde da Família é oriunda das escolas públicas do país (MACHADO, 2000), seja em nível de graduação ou de pós-graduação. Dessa maneira, há de se considerar as prioridades da formação médica em geral, tanto nas escolas públicas quanto nas privadas, na pretensão de uma certificação futura.

Mas a formação médica e as políticas públicas não se entrecruzam, muito embora estratégias para minorar esse hiato tenham sido implementadas, a exemplo da instituição dos Pólos de Educação Permanente em Saúde, endereçando linhas de apoio à Saúde da Família e aos profissionais do SUS, tanto em instâncias educacionais quanto de serviços. Mas esta já é outra discussão.

O ideal de profissão

Schraiber (2000, p. 80) investiga o ideal de profissão que todo médico tem a partir da influência da cultura médica em sua formação, oriunda “de valores tradicionais da profissão e identidades profissionais bem-sucedidas no passado, o que, em conjunto e não sem conflito com os conhecimentos acerca das situações

atuais de trabalho, vai construindo a cultura médica”. Assim, os médicos no Brasil, que em geral são formados aprendendo a valorizar a especialidade, o hospital, a doença, não têm estruturado como ideal de profissão o “médico do posto”, considerado um local de trabalho “que quase ninguém quer” (FEUERWERKER, 2002, p. 17). Do “médico do posto” para o médico de família não há muita diferença no sentido do ideal de profissão esperado: de qualquer maneira, é um médico que não trabalha no hospital, que está diante da comunidade, que não maneja equipamentos de alta tecnologia. Assim, os médicos de família têm um ideal de profissão maculado.

Metodologia

Com uma abordagem qualitativa, foi realizado estudo de caso a partir de uma abordagem sobre as práticas dos médicos de família no município do Rio de Janeiro. Foram utilizadas entrevistas semi-estruturadas e observação participante.

A unidade de análise foi composta por uma seleção prévia de médicos de família que trabalhavam no Programa Saúde da Família (PSF) da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro em novembro de 2004. Como importava entrevistar e observar profissionais que tivessem uma visão mais amadurecida de sua prática, foram selecionados aqueles que tivessem maior tempo de serviço na comunidade escolhida ou maior tempo de experiência como médico de família, mesmo que em outra comunidade (contanto que não tivessem interrompido essa experiência e que ela tivesse sido exercida em PSF de um grande centro urbano do Brasil). A escolha dos participantes da pesquisa foi definida, assim, pelo critério intencional, segundo o qual a escolha é feita a partir de critérios preestabelecidos (MINAYO, 2004).

A Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) implantou sua primeira equipe do PSF em 1995, mas só em 1999 o programa começou a crescer, mesmo que timidamente. No período de realização da pesquisa, havia 85 equipes, no entanto, foram excluídas aquelas constituídas há menos de um ano. Dessa maneira, foram pesquisadas todas as primeiras 23 equipes implantadas e em funcionamento no município do Rio.

A observação participante ocorreu de novembro de 2004 a fevereiro de 2005, em uma única comunidade, envolvendo todos os membros das cinco equipes existentes no local, perfazendo um total de 80 horas. O registro em diário de campo era realizado imediatamente após a saída da pesquisadora da unidade.

As entrevistas ocorreram de maio a junho de 2005, e incluíram 18 médicos de todas as 23 equipes iniciais implantadas. Algumas comunidades tinham mais de uma equipe de PSF. Vale destacar que foram realizadas entrevistas-piloto, com uma equipe que não fez parte da investigação.

Seguindo um roteiro predeterminado que servia de parâmetro para uma conversa objetivada, as entrevistas foram realizadas no local de trabalho dos médicos e registradas diretamente no instrumento pela entrevistadora, diante do entrevistado. Foram sempre marcadas previamente, geralmente com uma semana de antecedência, após autorização e apoio da Coordenação da Área Programática e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Vale lembrar que a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

A duração média das entrevistas foi de 50 minutos, embora a permanência na unidade durasse cerca de quatro horas, uma vez que usuários e outros membros da equipe solicitavam escuta, enquanto a entrevistadora aguardava o médico ser liberado para a entrevista, o que raramente acontecia no horário marcado, devido ao grande volume de atendimentos.

Resultados e discussão

Dimensão de conhecimentos, habilidades e valores

Nesta dimensão emergiram diversas questões, uma das quais é que os médicos de família pesquisados valorizam o vínculo e a humanização da relação médico-paciente, considerados, assim, como uma prioridade, quase uma necessidade pessoal para exercer a prática profissional. O foco no cuidado aparece também como importante fator agregador de valor, em detrimento do foco na doença. As habilidades relacionais são, assim, consideradas como valores de máximo grau no estabelecimento das relações com o usuário. No entanto, na observação participante realizada ficou evidente a pressa em atender às pessoas, gerando pouco tempo de escuta; a impaciência com as questões subjetivas trazidas e a indisponibilidade em propiciar um ambiente de privacidade.

Apesar de os “conhecimentos relacionados à psicologia” terem sido considerados de extrema utilidade, a maioria dos médicos relatou sentir-se “pouco seguro” e/ou “totalmente inseguro” diante da variável “conflitos psicológicos” como demanda da comunidade, parecendo haver aí um conflito, no qual as necessidades de saúde percebidas se deparam com certa inadequação, certo despreparo em respondê-las.

Embora em menor escala, conhecimentos sobre Epidemiologia e Saúde Coletiva, além de conhecimentos das áreas clínicas em geral e em particular a Clínica Médica, a Pediatria, a Ginecologia e a Obstetrícia, foram também valorizados como imprescindíveis a todo médico de família.

Dimensão de contexto institucional

Quando perguntados sobre a opinião que tinham a respeito do PSE, 55,5% responderam com pessimismo e 16,6% com otimismo, prevalecendo, assim, uma visão negativa do programa. No entanto, 100% afirmaram sentir “orgulho em ser médico de família”, inferindo que os valores desses profissionais, em relação a seu ideal de profissão, estão em processo de mudança. Em conflito com a cultura médica, esses médicos transgridem seu ideal de profissão.

Em relação ao que os mobilizou a se tornarem médicos de família, relatos envolvendo idéias de satisfação com a ideologia do trabalho no PSE, do ponto de vista do enfoque na prevenção, na prática generalista, na ampliação do olhar para além da doença, foi o que mais apareceu. Ao menos no discurso parecem procurar ir além da doença, indo ao encontro do que deles espera o Ministério da Saúde, como visto em citação anterior (BRASIL, 2007).

A influência de uma prática generalista a partir de um contato precoce, ainda na graduação, parece ter sido determinante para a escolha profissional, trazendo à tona a discussão sobre a terminalidade do curso de Medicina e seu potencial em preparar ou não um médico generalista para o mundo do trabalho. A especialização em Medicina de Família e Comunidade talvez responda a uma demanda que envolve a complexidade de competências necessárias para a construção desse profissional.

Vale ressaltar que a incorporação de novos saberes exigidos pela prática da Medicina de Família não são necessariamente contraditórios com a Biomedicina, mas transcendem seu escopo de conhecimentos, habilidades e valores. A questão que se coloca é: de que maneira estas competências impactarão de fato o cotidiano do médico de família, além de se pensar estratégias de avaliação que respondam a uma busca constante de qualificação profissional?

Dimensão de modelos de atenção

Confirmando estudos envolvendo o trabalho das equipes de saúde da família (FRIEDRICH; PIERANTONI, 2006), os médicos pesquisados relataram que a

maioria dos atendimentos é feita a partir da demanda espontânea e não a partir dos critérios de análise do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica), que determina prioridades para a marcação de consultas segundo o perfil da comunidade.

A referência e contra-referência foram consideradas precárias, inexistentes ou ineficazes, deixando transparecer que este profissional conta principalmente com sua experiência própria na resolução dos problemas que a ele chegam, revelando uma precariedade do sistema de saúde local no encaminhamento para outros níveis de atenção.

O quantitativo de visitas domiciliares ficou em torno de três por semana, sendo que todos os médicos se reconheceram capazes de realizá-las, embora não tenham tido nenhuma capacitação específica para tal, com exceção de uma médica, que relatou ter sido treinada para realização de visitas domiciliares em outro estado que não o Rio de Janeiro.

A realidade de um grande centro urbano como o Rio de Janeiro agrega dificuldades maiores para se realizar uma visita domiciliar, em comparação a uma cidade do interior do país, devido à questão da violência. A visita domiciliar expõe mais o profissional. O consultório é território conhecido, mais seguro. Mas uma discussão sobre a importância da visita domiciliar como agregadora de mudanças na lógica da atenção à saúde sintonizaria uma qualidade outra ao olhar desse profissional. Muitos relatos foram registrados, principalmente das agentes comunitárias de saúde, sob a forma de desabafo, de reclamação, de clara indignação sobre como “as médicas não gostam da visita domiciliar”.

É claro que há todo um excesso de pessoas para serem atendidas pelos médicos de família, já que a existência de um número grande de famílias cadastradas é fato reconhecido e transformado em queixa pelos próprios médicos. Há também toda uma cobrança por produtividade, advinda dos gestores e gerentes locais, além de uma divisão desigual do trabalho de equipe com pouca participação dos profissionais não-médicos na atenção à demanda espontânea.

A despeito de tudo isto, estariam esses médicos de fato preparados para uma mudança do modelo de atenção à saúde? O modelo de atendimento tradicional, sendo uma forte referência que os aproxima da cultura médica, incentivando uma prática que valoriza o atendimento no consultório em detrimento da visita domiciliar, talvez sirva, ao menos, para diminuir o conflito criado com o ideal de profissão transgredido.

Em relação às atividades de educação em saúde, encontramos relatos de que sejam realizados, em média, cinco por mês, na maioria das vezes em conjunto com a enfermeira, com o auxiliar de enfermagem ou com o agente comunitário de saúde. O médico praticamente não se envolve sozinho nem no planejamento, nem na coordenação ou na execução dos grupos. Embora a considere importante, não se sente preparado para executá-la, o que propicia uma valorização da lógica de atendimento focada numa prática curativa, que, treinada desde sempre, aparece isenta de qualquer questionamento.

Dimensão de condições de trabalho

As condições de trabalho do médico de família pesquisado foram consideradas, de maneira geral, precárias, trazendo transtornos e impedimentos ao processo de trabalho como um todo: consultórios sem ventilação adequada, excesso de mosquitos, compartilhamento do consultório para médico e enfermeiro que realizavam atendimentos simultâneos, impedindo qualquer tentativa de privacidade, goteiras dentro da unidade, atrasos no pagamento do salário, mobiliário desgastado e velho, medo ao transitar pela comunidade, capacitações obrigatórias deslocadas das reais necessidades locais, falta de medicamentos, grande demora para realização de exames de imagem solicitados.

Concluindo, além de se perceber certo descuido do Estado em relação à Saúde da Família no município do Rio de Janeiro, observou-se que a formação médica não prepara um profissional para trabalhar como médico generalista, como preconizam as Diretrizes Curriculares (ALMEIDA; MARANHÃO, 2003). Esses profissionais, representados aqui pelos médicos de família pesquisados, não tendo parâmetros ou modelos a seguir, acabam por reproduzir a cultura médica a que foram expostos desde sempre, a partir de uma prática com foco na doença, insegurança diante do manejo das questões psicológicas, sociais e ambientais, com limitada ação de promoção e prevenção da saúde, e realizando poucas visitas domiciliares.

Sua identidade profissional está em construção, talvez em crise, já que convivem com modelos tradicionais dentro de um contexto que lhes solicita uma postura essencialmente criativa. Assim, o desafio está no esforço político de priorizar a Estratégia de Saúde da Família no município, além de se organizar o processo de trabalho a partir da educação permanente. A expectativa é de continuidade da

reorganização da atenção primária, em resposta aos anseios da população que demanda acolhimento e não tão somente atendimento.

Referências

ALMEIDA, M. J.; MARANHÃO, E. (Org.). *Diretrizes curriculares nacionais para os cursos universitários da área da saúde*. Londrina: Rede UNIDA, 2003. Prefácio.

BONET, O. Aconselhamento médico e diversidade cultural: a busca de um enfoque integral na prática da medicina de família. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2007. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 31 jul. 2007.

_____. Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde para adequação às diretrizes operacionais e regulamento do Pacto pela Saúde. Brasília, D.O.U., 14 fev. 2004.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERINA, D. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

CAMARGO JUNIOR, K. R. A biomedicina. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, 1997.

_____. *Biomedicina, saber e ciência: uma abordagem crítica*. São Paulo: HUCITEC, 2003.

CAMPOS, G. W. S. *Saúde Paidéia*. São Paulo: HUCITEC, 2003.

CARNEIRO, M. B.; VALDINEY, V. G. In: *O médico e o seu trabalho: aspectos metodológicos e resultados do Brasil*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2004.

CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001.

CLAVREUL, J. *A ordem médica: poder e impotência do discurso médico*. São Paulo: Brasiliense, 1983.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). *Médicos obtêm o maior índice de confiança*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, ano xx, n. 156, ago./out. 2005.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). *A saúde na opinião dos Brasileiros*. Brasília: CONASS, 2003.

DAMATTA, Roberto. *Profissões industriais na vida brasileira: ontem, hoje e amanhã*. Brasília: Editora UNB, 2003.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Novo dicionário da língua portuguesa: século xxi*. Dicionário Eletrônico. Versão 3.0. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2000. 1 CD-ROM.

FEUERWERKER, L. *Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados*. São Paulo: HUCITEC, 2002.

FRIEDRICH, D. B. C.; PIERANTONI, C. O trabalho das equipes de saúde da família. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, jan./-jul. 2006.

LALONDE, M. *A new perspective on the health of Canadians (Lalonde Report), 1974*. Disponível em: <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/com/lalonde/index_e.html>. Acesso em: 10 set. 2007.

LUZ, M. T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, 1997.

MACHADO, M. H. (Coord.). *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

_____. *Mercado de trabalho em APS, relações de trabalho e questões trabalhistas*. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 6., 2004, Rio de Janeiro; CONGRESSO DE MEDICINA FAMILIAR – REGIÃO CONESUL, 6., 2004, Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro: Confederação Iberoamericana de Medicina Familiar – CIMF/WONCA, 2004.

MACHADO, M. H. et al. *Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa de Saúde da Família no Brasil: relatório final*. Brasília: FIOCRUZ, 2000.

MERHY, E. E. *Saúde, a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: HUCITEC, 2005.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2004.

OLESEN, F. et al. General practice-time for a new definition. *BMJ*, n. 320, p. 354-357, 5 February 2000. Disponível em: <www.paho.org>. Acesso em: 16 set. 2005.

ROMANO, V. F. *Certificação por competência para o médico de família: uma proposta em construção*. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)-Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

SCHRAIBER, L. A profissão de ser médico. In: CANESQUI, A. M. *Ciências sociais e saúde para o ensino médico*. São Paulo: Hucitec, 2000.

WONCA EUROPA. *A definição europeia de medicina geral e familiar (clínica geral/medicina familiar)*, 2002. Disponível em: <<http://sbmfc.org.br>>. Acesso em: 30 jun. 07.

Notas

¹ Total de equipes de Saúde da Família implantadas no Brasil: 26.729. Total de municípios: 5.106. Cobertura populacional: 46,2% da população brasileira, correspondendo a 85,7 milhões de pessoas. Dados de 2006 (BRASIL, 2007).

² N. do T.: *general practitioner* (clínico geral) no original em inglês.

Abstract

In Search of Identity for the Family Doctor

This paper discusses some concerns about the family doctor, wondering who is this subject within a biologist medical formation, who does not value primary attention, making his professional ideal confused. It aims to present a discussion that, in the inter-relation between education and work, demands reflection on the professional identity of the family doctor. It carries out a qualitative approach on family doctors' practices in the City of Rio de Janeiro, as object of analysis. As a result, it presents considerations that reflect the reproduction of a traditional attention model, leading to the idea that continuing education is an important strategy in the search of population reception.

► **Key words:** family health; family doctor; continuing education; professional identity.