

**SELMA CRISTINA FRANCO**



***A QUALIDADE POSSÍVEL: O PEDIATRA E O  
PROCESSO DE DECISÃO MÉDICA NOS SERVIÇOS  
PÚBLICOS DE SAÚDE***

Este exemplar corresponde à versão final do exemplar da Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, para obtenção do título de Doutor em Saúde da Criança e do Adolescente, área de concentração Pediatria.

Campinas, 26 de setembro de 2001.

  
Prof. Dr. Carlos Roberto Soares Freire de Rivedo  
Orientador

**CAMPINAS**

**2001**

**SELMA CRISTINA FRANCO**

***A QUALIDADE POSSÍVEL: O PEDIATRA E O  
PROCESSO DE DECISÃO MÉDICA NOS SERVIÇOS  
PÚBLICOS DE SAÚDE***

*Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação  
da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade  
Estadual de Campinas para obtenção do título de  
Doutor em Pediatria.*

**ORIENTADOR:** *PROFESSOR DOUTOR CARLOS ROBERTO SOARES  
FREIRE DE RIVORÊDO.*

**CAMPINAS**

**2001**

UNIDADE BC  
Nº CHAMADA UNICAMP  
F848q  
V \_\_\_\_\_ EX \_\_\_\_\_  
TOMBO BC/ 47875  
PROC 16-837102  
C \_\_\_\_\_ D α  
PREÇO R\$ 11,00  
DATA 15-02-02  
Nº CPD \_\_\_\_\_

CM00163804-1

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
UNICAMP**

F848q Franco, Selma Cristina  
A qualidade possível: o pediatra e o processo de decisão  
médica nos serviços públicos de saúde / Selma Cristina  
Franco. Campinas, SP : [s.n.], 2001.

Orientador : Carlos Roberto Soares Freire de Rivorêdo  
Tese ( Doutorado) Universidade Estadual de Campinas.  
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Qualidade dos cuidados de saúde. 2. Saúde - Avaliação.  
3. Medicina – Processo decisório. 4. Pediatria. I. Carlos  
Roberto Soares Freire de Rivorêdo. II. Universidade Estadual  
de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Errata:

Tese de Doutorado da Aluna Selma Cristina Franco de 26/09/2001.

Onde constou Folha de Aprovação de Banca Examinadora (v) sem assinatura dos membros titulares,

LER: Folha anexa sem número constando assinatura dos membros titulares.



SIMONE CRISTINA FERREIRA  
CPG-Pediatria/FCM/UNICAMP  
Mat. 17.401-7

## Banca Examinadora da Tese de Doutorado

### Orientador:

Prof. Dr. CARLOS ROBERTO SOARES FREIRE DE RIVOREDO

### Membros:

1. Prof. Dr. CARLOS ROBERTO SOARES FREIRE DE RIVOREDO *Carlos*

3. Prof. Dr. ROBERTO TELXEIRA MENDES *Roberto Teixeira Mendes*

2. Prof. Dr. CARLOS ROBERTO SILVEIRA CORRÊA *Carlos*

3. Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. MARIA ALICE AMORIM GARCIA *Maria Alice Amorim Garcia*

3. Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. HILLEGONDA MAIRA DUTILH NOVAES *Hillegonda Maira Dutilh Novaes*

Curso de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, área de concentração Pediatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 2001

## Banca Examinadora da Tese de Doutorado

### Orientador:

Prof. Dr. Carlos Roberto Soares Freire de Rivorêdo

### Membros:

1. Prof. Dr. Carlos Roberto Soares Freire de Rivorêdo

2. Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Hillegonda Maria Dutilh Novaes

3. Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria Alice Amorim Garcia

4. Prof. Dr. Roberto Teixeira Mendes

5. Prof. Dr. Carlos Roberto Silveira Corrêa

Curso de Pós-Graduação em Pediatria da Faculdade de Ciências Médicas da  
Universidade Estadual de Campinas.

Data: 26/09/2001

## **DEDICATÓRIA**

*Ao Jamil, companheiro e cúmplice de uma jornada feliz.*

*À Camila e ao Gabriel, que tornam o mundo um lugar melhor para se viver.*

*A meus pais, Teca e Irene, pessoas únicas para mim, sem padrões, sem comparações, sem iguais.*

## **AGRADECIMENTOS**

---

Ao Carlão, meu orientador, colega de trabalho e amigo, que soube aliar paciência e rigor, atributos pessoais que utilizou com muita propriedade, incentivando, apontando caminhos, estimulando a reflexão e reconhecendo meus limites.

Aos grandes amigos, Ivan, Léia, Ivis, Ibra, Ana, Maurício, Lorenza, Rita, Guilherme, Anna, Dema, Nanci, Flávia, Nestor, por compartilharem comigo momentos inesquecíveis nestes anos de convivência.

Ao Dirceu e à Simone, pelo apoio recebido da pós-graduação.

À Abby Lippman e Dala Bortolussi, novos amigos, pelo incentivo e carinho.

Aos colegas do setor de Pediatria Social, pelo apoio recebido nestes anos de busca de construção de um trabalho coletivo.

Aos médicos pediatras da rede pública, cujos depoimentos enriqueceram este estudo. Em especial àqueles que se dispuseram pacientemente a me conceder as entrevistas que tornaram-se o material empírico desta investigação.

Ao FAEP, pelo financiamento que viabilizou este estudo.

## **VERDADE**

*Carlos Drummond de Andrade*

*A porta da verdade estava aberta  
mas só deixava passar  
meia pessoa de cada vez.*

*Assim não era possível atingir toda a verdade,  
porque a meia pessoa que entrava  
só trazia o perfil de meia verdade.  
E sua segunda metade  
voltava igualmente com meio perfil.  
E os meios perfis não coincidiam.*

*Arrebentaram a porta.  
Derrubaram a porta  
Chegaram ao lugar luminoso  
onde a verdade esplendia seus fogos.  
Era dividada em metades  
diferentes uma da outra.*

*Chegou-se a discutir qual a metade mais bela  
Nenhuma das duas era totalmente bela.  
E carecia optar. Cada um optou conforme  
seu capricho, sua ilusão, sua miopia.*

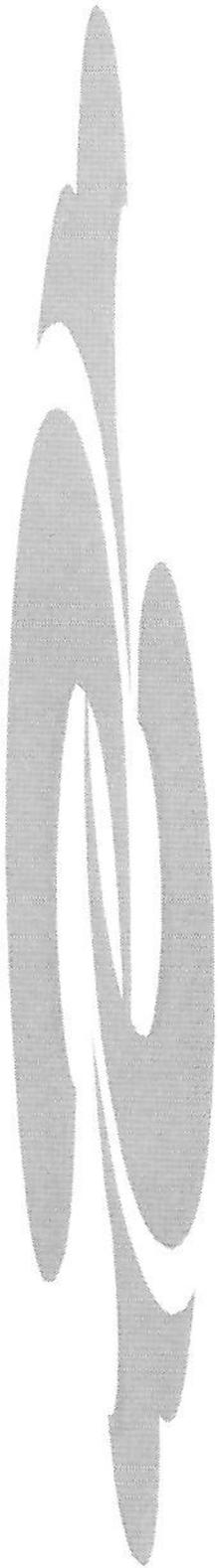
	<b>PÁG.</b>
<b>RESUMO</b> .....	xix
<b>1. BUSCAS</b> .....	23
1.1. Buscando compreender uma prática.....	25
1.2. Escolhendo um caminho.....	28
<b>2. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE EM SAÚDE</b> .....	33
2.1. Avaliação em saúde: o campo, seus objetos e considerações / implicações metodológicas.....	35
2.2. Avaliação da qualidade do cuidado médico.....	46
<b>3. O TRABALHO MÉDICO</b> .....	55
3.1. O trabalho médico como objeto de estudo.....	57
3.2. O trabalho médico nas instituições de saúde: espaços e limites do trabalhador como sujeito.....	58
3.3. Dimensão interna do trabalho médico: a técnica, a subjetividade, a autonomia e a ética.....	65
3.4. O trabalho médico no centro de saúde: um modelo em construção.....	74
<b>4. O TRABALHO DO PEDIATRA</b> .....	81
4.1. A prática pediátrica como especialidade e seu objeto.....	83
4.2. A prática pediátrica nos centros de saúde.....	93
<b>5. O PROCESSO DA DECISÃO MÉDICA</b> .....	99
5.1. Decisão e peculiaridades do trabalho médico.....	101
5.2. Decisão médica: lógica e cientificidade.....	103
<b>6. RACIONALIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE</b> .....	111
6.1. A Economia da Saúde: racionalização ou exclusão?.....	113
6.2. Reformar, racionalizar, racionar: a Economia no setor saúde.....	120

6.3. Decisão médica, qualidade e custo: uma equação difícil.....	123
6.4. Custo, qualidade e mercado da saúde: o caso da atenção gerenciada.....	128
<b>7. A AVALIAÇÃO E A QUALIDADE POSSÍVEL.....</b>	<b>133</b>
7.1. A avaliação e a qualidade possível.....	135
<b>8. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....</b>	<b>141</b>
8.1. Pesquisa social: alguns pressupostos teórico-metodológicos.....	143
8.2. A opção metodológica: qualitativo e quantitativo no campo da avaliação.....	147
8.3. Operacionalizando o quadro teórico: a palavra como símbolo.....	152
8.4. A entrevista: espaço de interação e técnica.....	155
8.5. A análise dos dados: articulando teoria e interpretação.....	159
8.6. O campo como realidade empírica.....	161
<b>9. ASPECTOS ÉTICOS.....</b>	<b>167</b>
<b>10. RESULTADOS.....</b>	<b>171</b>
10.1. A qualidade como uma aproximação entre dois mundos.....	175
10.2. Decisão, qualidade e escassez: a adaptação necessária.....	200
10.3. Estratégias para possibilitar superações: o pediatra como facilitador.....	213
<b>11. COMENTÁRIOS FINAIS.....</b>	<b>217</b>
<b>12. SUMMARY.....</b>	<b>223</b>
<b>13. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>227</b>
<b>14. ANEXOS.....</b>	<b>243</b>

## ***LISTA DE ABREVIATURAS***

---

Banco Interamericano de Desenvolvimento	BID
Fundo Monetário Internacional	FMI
Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social	INAMPS
Medicina Baseada em Evidências	MBE
Protocolos de Prática Clínica	PPC
Sistema Único de Saúde	SUS
Universidade Estadual de Campinas	UNICAMP
Vigilância à Saúde	VISAU



## ***RESUMO***

A avaliação da prática médica institucionalizada constitui tema teoricamente pouco explorado e questão pouco enfrentada pelo planejamento e supervisão dos serviços públicos.

No âmbito teórico, as maiores dificuldades decorrem da abordagem interdisciplinar e suas implicações metodológicas. Na prática dos serviços, as mais contundentes são os conflitos que emergem das tentativas de controlar o trabalho médico, tradicionalmente autônomo, sob a racionalidade institucional. Além disso, há outras representadas pela tentativa de construção de indicadores universais que traduzam as peculiaridades e tensionamentos próprios da prática médica, tais como a racionalidade científica, a singularidade, a subjetividade e a incerteza.

Este estudo objetiva conhecer a concepção do pediatra a respeito da qualidade de seu trabalho na rede pública de saúde, como um elemento a ser incorporado e negociado nos processos avaliativos, para que se tornem mais efetivos.

Os pressupostos teóricos que o embasam são o reconhecimento da qualidade como um atributo da atenção fundado na técnica e um valor que a categoria médica defende, tornando-se ideológico na efetivação de seus projetos sociais. Além disso, a falta de recursos financeiros no setor saúde impõe limitações ao trabalho médico, repercutindo sobre sua qualidade. Finalmente, a avaliação da atenção do pediatra é um processo ainda em construção nos serviços públicos de saúde.

A preocupação central da pesquisa é compreender como se articulam as práticas, a decisão e a qualidade no processo de trabalho do médico pediatra.

Utilizando abordagens metodológicas qualitativas, foram realizadas treze entrevistas semi-estruturadas com pediatras da rede municipal de saúde de Campinas. O material empírico constou das transcrições destas entrevistas e anotações de diário de campo. A análise temática do material possibilitou identificar diversas categorias empíricas (vínculo médico-paciente, comunicação médico-paciente, autonomia do profissional e do paciente, clínica ampliada, estratégias, mercado de trabalho, modelo de atenção, modelo pedagógico, relações hierárquicas, realidade institucional, formação médica, processo

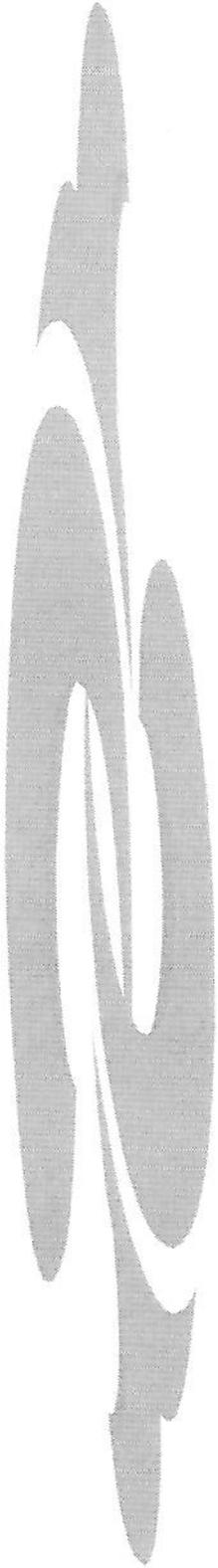
decisório) que, articuladas às categorias analíticas (avaliação da qualidade, qualidade da atenção médica, processo de trabalho do pediatra, processo decisório e assistência à saúde), possibilitaram a construção de três temas: o conceito de qualidade; a flexibilização do processo decisório e a reconstrução da qualidade possível nos serviços; e a centralidade estratégica dos pediatras.

O conceito de qualidade dos pediatras enfatiza a relação interindividual médico-paciente em seu eixo produtivo, evidenciando a presença marcante da racionalidade técnico-científica na formação médica e em suas representações.

A flexibilização do processo decisório decorre das limitações colocadas pela realidade institucional e representa a incorporação, às decisões médicas, das singularidades do serviço e das possibilidades efetivas do paciente realizar as recomendações propostas, dando qualidade ao trabalho médico.

A centralidade dos pediatras na construção de estratégias buscando uma qualidade possível não é um processo embasado cientificamente e expõe a disponibilidade pessoal dos médicos que atuam como facilitadores da atenção.

Apontam-se a autonomia médica com responsabilização e articulada ao trabalho em equipe bem como o aprimoramento de instrumental clínico específico para a criança, como elementos que possibilitam uma prática pediátrica de boa qualidade.



## ***1. BUSCAS***

## 1.1. BUSCANDO COMPREENDER UMA PRÁTICA

Esta pesquisa tem sua origem nas reflexões sobre minha atuação profissional como médica pediatra e sanitarista ao longo de dezessete anos no serviço público. Durante esta trajetória, vivenciei o redirecionamento das políticas de atenção à saúde no sentido dos direitos de cidadania sob a responsabilidade do Estado e as conseqüentes transformações que as novas diretrizes trouxeram para os serviços de saúde existentes até então, em meados dos anos 80.

Inserida em um movimento mais amplo pela redemocratização de nossa sociedade, a Reforma Sanitária, a reorganização da rede pública de atenção à saúde foi norteada pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), quais sejam a universalidade, a equidade e a integralidade.

Tive, assim, o privilégio de iniciar minha carreira profissional em um período no qual nossa sociedade, particularmente o setor saúde, estava abertos às idéias para reencontrar o caminho da democracia. Os grandes debates teóricos que permearam este processo de mudanças certamente influenciaram minhas concepções sobre cidadania e direito à saúde, preenchendo lacunas deixadas pela academia e, possibilitaram-me construir uma visão crítica dos paradoxos de nossa sociedade.

Esta tomada de consciência também mostrou-me que a construção de um projeto social do âmbito da Reforma Sanitária não iria se dar sem dificuldades e conflitos, que são inerentes a todo processo de transformação. A alternância entre momentos de avanço e retrocesso, ao longo destes anos, tornou evidente que os embates protagonizados pelos diversos sujeitos envolvidos na construção do SUS refletem a estreita relação existente entre projetos de interesse e poder específicos de certos grupos e as idéias que defendem. É, portanto, na esfera política que se tomam as grandes decisões capazes de conduzir projetos sociais, tal qual o SUS, por distintos caminhos.

Não era possível ficar à margem deste processo e minhas escolhas profissionais, inicialmente trabalhando como pediatra na rede, posteriormente como coordenadora de unidade e, finalmente, na academia, através de um projeto de ensino/assistência extramuros, traduzem o desejo de contribuir para a construção de um SUS em conformidade com os preceitos que ganharam espaço em nosso texto constitucional.

Em que pese o afastamento, mais ou menos freqüente, da academia do cumprimento de seu papel primordial em relação ao SUS, ou seja, produzir tecnologias em saúde para melhorar a qualidade de vida das pessoas, considero o trabalho na interface universidade-serviço uma instância privilegiada para possibilitar a aproximação de dois aspectos distintos que se complementam: o exercício sistemático de interrogação sobre a realidade e a concretude do trabalho na rede pública de saúde oferecendo um vasto campo a ser investigado.

Nos últimos anos, passei a interessar-me pela temática da avaliação dos serviços de saúde. Creio que tal opção vincula-se aos conflitos vivenciados no cotidiano de trabalho, onde se verifica que a construção do sistema público de atenção à saúde subfinanciado e conseqüentemente deficitário e carente de recursos, torna-o incapaz de atender às necessidades de uma população marcada pela estratificação social.

As propostas dos gestores do SUS para fazer frente ao déficit crônico de recursos, determinado pela falta de investimentos no setor, passam pela racionalização dos custos e se viabilizam através do estabelecimento de prioridades que, ao fim, tornam-se exclusividades na atenção, traduzidas por recortes segundo os mais variados critérios (risco, faixa etária, patologias etc), ou seja, enfrenta-se a escassez com a exclusão.

Este cenário expõe o grande paradoxo contemporâneo na área da saúde conformado pela disparidade entre o enorme avanço tecnológico da Medicina e o acesso limitado de grande parte da população a seus benefícios.

Diante de tais constatações, esta pesquisa busca compreender seus possíveis desdobramentos sobre a prática / trabalho de meus pares, os médicos pediatras; mais especificamente, como estes dimensionam as possibilidades de exercício de seu ofício com qualidade mediante as limitações de recursos.

A escolha do médico como sujeito desta pesquisa tem, para mim, dois sentidos: um de caráter pessoal, pois discutir a prática deste profissional leva-me a rever a minha própria; outro técnico, reconhecendo o papel histórico deste profissional, central nos distintos modelos assistenciais. Ao debruçar-me sobre a prática médica em uma de suas modalidades, qual seja a prática do pediatra, procuro aspectos relevantes que apontem para a sua qualidade, particularmente no setor público.

Considero o enfoque sobre uma das etapas da atenção à saúde - o processo de trabalho - um olhar privilegiado, pois nele estão presentes e se relacionam o profissional, seu objeto e os meios de trabalho. Para operacionalizar o conceito de qualidade do trabalho médico, optei por abordar um aspecto central no processo de trabalho, a tomada de decisão médica, na qual se imbricam, de forma dinâmica, os elementos acima, além de outros como formação acadêmica, política de saúde e as representações do profissional sobre seu próprio trabalho.

Mesmo considerando que a aplicação de um conhecimento produzido depende de certas condições presentes em cada sociedade e momento histórico, pretendo explicitar o desejo de, através deste estudo e da compreensão de como o médico toma decisões no cotidiano do serviço público, convivendo com limitações ao seu trabalho e onde nem sempre é possível realizar o que é técnica e cientificamente recomendável, trazer contribuições em três âmbitos:

- avaliativo, buscando conhecer o conceito destes profissionais a respeito da qualidade da atenção e a relação entre a atuação do médico pediatra e a influência das limitações da estrutura dos serviços sobre a qualidade da atenção prestada, propiciando, no primeiro caso, maior efetividade nos processos avaliativos do profissional médico e, no segundo, intervenções organizacionais sobre as condições de trabalho que limitam a obtenção da qualidade da atenção;
- formativo, na medida em que aborda o conflito entre a formação profissional altamente centrada na tecnologia e pouco crítica, propiciada pelo ambiente acadêmico, distante e alienado da realidade social, e a prática concreta dentro do setor público, onde a inserção social da população atendida determina um certo perfil de viver, adoecer e morrer;
- ético, já que as decisões tomadas podem nem sempre estar de acordo com os preceitos ideais do melhor cuidado que a ciência pode oferecer ao paciente e que estão presentes no código que disciplina comportamentos do profissional médico.

Situando o objeto de estudo entre as dicotomias cuidado ideal x cuidado real (possível), formação idealizada x concretude do trabalho, possibilidade x limitação, espero provocar reflexões que possibilitem aproximar o conhecimento de sua aplicação na realidade concreta em que ele foi produzido, contribuindo para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde e subsidiando tanto a academia quanto os gestores e demais profissionais do SUS a repensar seu papel social.

Creio que a riqueza de debruçar-me sobre esse campo privilegiado, no qual a produção científica possui um caráter mais aplicado, está justamente nas possibilidades de traduzir o avanço do conhecimento em intervenção nos serviços e na academia, buscando transformá-los.

Penso ser esta a grande responsabilidade da universidade: a prestação de contas através do retorno do conhecimento à sociedade e, neste sentido, através deste estudo, pretendo contribuir para o processo de construção de uma nova cultura institucional que incorpore como diretrizes a avaliação e a qualidade, voltadas para atender às necessidades daqueles que, por direito, devem ser o centro da ação social, ou seja, os cidadãos.

Finalmente gostaria de reafirmar que minhas inquietações traduzem um compromisso ideológico pessoal com a luta por justiça social e pelos direitos de cidadania, dentre eles o de assistência à saúde equânime, universal e de boa qualidade, princípios presentes em nossa Constituição mas, contraditoriamente ausentes na realidade, profundamente marcada pela desigualdade e a exclusão. A viabilização deste direito requer profissionais com competência técnico-instrumental, compromisso político e ético.

## **1.2. ESCOLHENDO UM CAMINHO**

Antes mesmo de iniciar a pesquisa, a formulação de algumas questões levou-me a pensar em caminhos para sistematizar a discussão sobre a qualidade da atenção médica. Alguns destes questionamentos foram: é possível ao profissional médico pediatra, atuar nos serviços públicos com qualidade? Quais os limites colocados pelo cotidiano que interferem na qualidade de seu trabalho? De que forma? O pediatra reconhece a necessidade de racionalizar custos mantendo a qualidade e a ética profissional? Através de quais estratégias? Aceitar uma atenção subótima aos pacientes ou tentar superar as dificuldades?

Em minha pesquisa de mestrado tive a oportunidade de avaliar aspectos qualitativos da atenção à saúde em um serviço ambulatorial universitário de pediatria, através de indicadores quantitativos que me possibilitaram entender aspectos relevantes sobre sua organização (FRANCO, 1995). Porém, tais indicadores se mostraram insuficientes para responder questões relativas ao como e ao por quê ocorriam daquele modo. Da construção teórica e dos métodos propostos por ela para estudar aspectos selecionados da atenção ali prestada, resultaram indicadores que caracterizaram os usuários sob diferentes ângulos, mostraram tendências na utilização de alguns serviços de saúde e quantificaram o acesso, a equidade e o grau de satisfação, entre outros indicadores de qualidade. O caminho percorrido naquela pesquisa não me possibilitou, entretanto, compreender como ocorria a desigualdade verificada, porque os usuários relatavam alto grau de satisfação, mas ao mesmo tempo submetiam-se a longas esperas e a uma lógica organizacional fragmentada e impessoal, entre outras questões.

Agora, a abordagem precisava ser outra. A percepção da insuficiência da abordagem metodológica exclusivamente quantitativa para dar conta de um objeto essencialmente qualitativo (a qualidade da atenção médica) levou-me às abordagens metodológicas qualitativas, até então desconhecidas para mim, já que a formação profissional na área biomédica apregoa que a realidade só pode ser estudada através do rigor do método científico, que se reduz à objetividade do pesquisador e à utilização de parâmetros numéricos e testes estatísticos.

A partir do interesse pelo campo da avaliação, da definição ainda incipiente do objeto, das perguntas iniciais e das conseqüentes implicações metodológicas que propunham, percebi a dimensão do desafio que me havia colocado. Ficou claro para mim que o processo seria rico e já encerraria um fim em si. Mas, enquanto pesquisa que pretende trazer contribuições para a academia e para o SUS, é óbvio que o amadurecimento metodológico do pesquisador não é suficiente e os resultados são necessários, na medida em que possibilitam o avanço do conhecimento.

Aos poucos tornou-se evidente que iniciava um caminho de escolhas envolvendo, por um lado, um certo olhar sobre o objeto e, por outro, a forma de operacionalizá-lo, e que ambos caminhavam intrinsecamente juntos. Este é justamente o

conceito de metodologia utilizado por MINAYO (1992), “o caminho e o instrumental próprios de abordagem da realidade”.

Creio ser fundamental, em uma pesquisa social, explicitar o papel central do pesquisador que, além de dominar técnicas e conhecimentos específicos, é portador de uma visão de mundo que vai-lhe informar, durante todo o processo, sobre os recortes a serem feitos na realidade empírica, possibilitando assim sua compreensão, que será diferente a cada olhar que diversos sujeitos lançarem sobre ela. Cabe a ele a construção teórica do objeto e dos sujeitos da pesquisa “enquanto componentes do objeto de estudo” (MINAYO, 1992), cuja prática se encontra impregnada pelas circunstâncias nas quais ela se realiza.

A construção teórica resultante deste processo evidencia o olhar comprometido do investigador, sujeito social portador de valores e projetos pessoais de realização e cujas escolhas mantêm uma vinculação com a realidade social, econômica e política, dentro da qual o pesquisador e a prática científica se inserem. Nessa interdependência entre políticas e ciência, a última busca instrumentalizar as escolhas do pesquisador, conferindo-lhes um suposto caráter neutro e científico.

No campo da avaliação em saúde, a objetividade científica torna-se mais evidente quando se verifica a ênfase na construção de indicadores os mais diversos, conforme atesta a literatura da área. Não é este o caminho que escolho nesta pesquisa. Para responder aos questionamentos sobre a qualidade do trabalho do médico pediatra em situações de escassez de recursos, parto de uma teorização sobre o objeto, delimitando-o, inicialmente dentro do campo da avaliação em saúde e enfocando-o como prática técnica e social que permite analisá-lo como trabalho, o trabalho médico. Ao eleger o trabalho do médico pediatra, busco encontrar neste especialista especificidades que o distinguem dos demais.

A seguir, para dar operacionalidade ao conceito de qualidade do trabalho do pediatra, escolho o processo de decisão médica, elemento central do processo de trabalho.

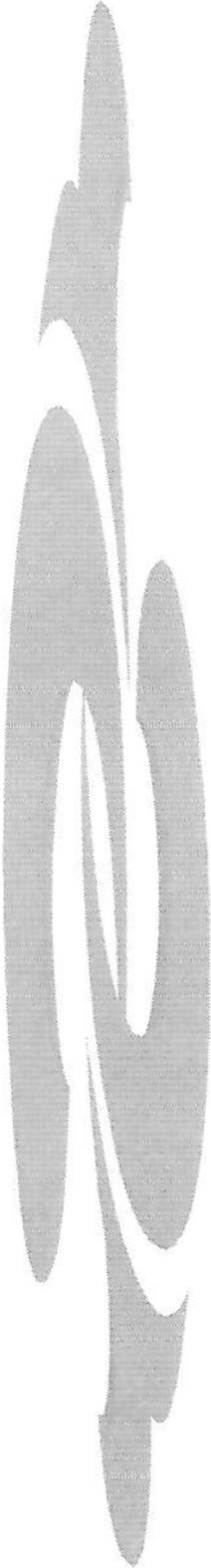
Finalmente, contextualizo o objeto no âmbito de um aspecto da política de saúde, a escassez de recursos, buscando reconhecer a relevância da análise conjuntural do setor saúde.

Percorrendo tal trajeto, espero compreender certas especificidades do objeto, tais como a complexidade em sua definição na rede de determinantes que com ele interagem, seu caráter interdisciplinar e, ao mesmo tempo, mostrar a impossibilidade de apreendê-lo em sua totalidade.

Num momento posterior deste estudo, vou ao encontro de seus sujeitos, os médicos pediatras, para, através de sua fala, identificar o significado que eles dão à sua relação com o objeto, num processo analítico de objetivação da realidade.

O produto deste estudo não é um conhecimento final, único ou inquestionável, mas reflete uma aproximação possível dadas as dificuldades que o objeto coloca e as minhas próprias limitações, enquanto sujeito histórico.

Assim, compreendo os caminhos tortuosos que esta proposta já permite antever. Mas, não serão sempre tortuosos todos os caminhos concernentes a compreender aspectos da vida? Mesmo assim, convido-os a percorrê-los...



## ***2. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE EM SAÚDE***

## 2.1. AVALIAÇÃO EM SAÚDE: O CAMPO, SEUS OBJETOS E CONSIDERAÇÕES / IMPLICAÇÕES METODOLÓGICAS

A construção de um sistema de saúde fundamentado na igualdade e justiça social traz consigo a necessidade da discussão sobre sua qualidade que, de imediato, remete para o campo da avaliação em saúde. Este campo, um dos pilares desta pesquisa, vem despertando interesse crescente, tanto por parte da academia quanto daqueles que participam da gestão do sistema de atenção à saúde.

Delimitada no campo da Saúde Coletiva como uma área de saberes e práticas, ainda em construção conceitual e metodológica, a avaliação em saúde, é conformada por elementos das três disciplinas tradicionais da Saúde Pública : Ciências Sociais, Epidemiologia e Planejamento. O fato de constituir-se em um campo complexo, abrangente e interdisciplinar, implica algumas polêmicas e dificuldades para sua abordagem (STENZEL, 1996).

A primeira delas refere-se à própria caracterização da área como um ramo da ciência, um campo específico do saber (NOVAES, 1996) ou como uma área de aplicação da metodologia de pesquisa (FAVARO & FERRIS, 1991; AGUILAR & ANDER-EGG, 1994). Embora a maioria dos autores reconheça ainda um incipiente desenvolvimento do corpo teórico-metodológico neste campo, tal distinção torna-se difícil, na medida em que a avaliação utiliza os modelos, instrumentos e técnicas que constituem a metodologia da pesquisa em ciências sociais, estreitando assim as relações entre avaliação e pesquisa social (SILVA & FORMIGLI, 1994).

COHEN & FRANCO (1994) argumentam que apesar da avaliação utilizar a metodologia da pesquisa como instrumento para determinar em que grau os projetos sociais alcançam seus fins, seu objetivo primordial é racionalizar a alocação de recursos. Assim, para esses autores, a avaliação se diferencia da pesquisa aplicada (voltada para modificar a realidade) por utilizar metodologias e técnicas próprias, tais como a análise de custo-benefício e custo-efetividade.

A conformação do campo da avaliação a partir da convergência de diferentes áreas de saber fornece-lhe o instrumental teórico-metodológico necessário para conhecer seus objetos (os estados de saúde e a ação social) e transformá-los. Ao mesmo tempo, torna-o um campo privilegiado pela possibilidade de aproximar saber e realidade, uma vez que a aplicação de teorias e métodos a situações concretas enriquece e fundamenta ambas as esferas, num processo contínuo de reconstrução.

Sua inserção dentro de outro campo com as mesmas características, o da Saúde Coletiva, possibilita estabelecer um "diálogo" entre pesquisa científica e intervenção social, assim, o conhecimento torna-se estratégico e viabilizador de uma práxis social. Essa questão é enfatizada por SCHRAIBER (1997) ao afirmar que

...repensar os modos da articulação entre conhecimentos e práticas permitiria, a um só tempo, aprimorar suas interações e fazer com que a Saúde Coletiva, já nascida sob a égide da necessidade dessa comunicação (ciência-prática), pudesse colaborar em muito com outros campos científicos que hoje enfrentam a mesma questão.

A conformação do campo pelas mesmas áreas de saber da Saúde Coletiva, Epidemiologia, Planejamento/Administração e Ciências Sociais, oferece possibilidades de inúmeros recortes e enfoques a seus objetos, desde o plano macrossocial, como ocorreu em sua constituição inicial, quando a planificação surgiu como instrumento de atuação do Estado, até o plano microssocial, mais recentemente evidenciado, através de estudos de consumo e prestação de serviços. Assim, a incorporação de conceitos originários de diversas disciplinas, principalmente aquelas pertencentes à área das ciências humanas, ofereceu muitas possibilidades de entendimento para o campo e apresentou-lhe um enorme leque de questões. São exemplos os estudos que utilizam conceitos como vigilância, processo de trabalho em saúde, agir comunicativo, atores e agentes em saúde, autonomia, delegação de poderes ("empowerment") e emancipação de profissionais e usuários, representações profissionais ou populares etc.

Outro aspecto que evidencia polêmicas e dificuldades é a existência de numerosas definições para avaliação, permitindo a cada avaliador utilizar a sua própria (SILVER, 1992; SILVA & FORMIGLI, 1994; CONTANDRIOPOULOS *et al*, 1997) e colocando restrições a que se proponha uma definição universal e absoluta. A mais

amplamente utilizada - comparar a algo e/ou atribuir juízo de valor - (KALUSNY & VENEY, 1984; ESCUDERO, 1989; CHAVEZ *et al*, 1990; DONABEDIAN, 1992; AGUILAR & ANDER-EGG, 1994) mostra que sua essencialidade está no julgamento de valor sobre uma intervenção, no seu todo ou em seus diversos componentes e traz consigo uma ambivalência que vai permear a prática e a produção de conhecimentos no campo, onde a objetividade na busca de indicadores e critérios de comparabilidade mescla-se com a subjetividade implícita na noção de juízo (NOVAES, 1996; STENZEL, 1996; DESLANDES, 1997).

Assim, apesar da natureza subjetiva de seu conceito e objeto, a maioria das publicações sobre o tema enfatizam os procedimentos metodológicos, centrando as discussões na construção de indicadores (numéricos), definição de critérios e parâmetros quantitativos (comparação) e validação de instrumentos de medida, tendendo a conferir-lhe um caráter objetivo (STENZEL, 1996). Esse aspecto é comentado por DESLANDES (1997) ao afirmar que a "avaliação de serviços utiliza teorias e metodologias diversas, principalmente as oriundas das Ciências Sociais,... contudo em sua prática institucional reifica sua dimensão técnica e de operatividade" em detrimento da discussão teórico-metodológica sobre o assunto, "reduzindo o campo da produção de conhecimento à sua instância técnica", a qual adquire uma objetividade pretensamente indiscutível. Assim, a dimensão técnica fica "descolada das escolhas teóricas e metodológicas que a embasam e precedem".

Na evolução histórica do campo da avaliação, GUBA & LINCOLN (1994) identificam quatro estágios, respectivamente baseados na medida (construção e uso de instrumentos de medida), na descrição de como os programas vão atingir os resultados, no julgamento das intervenções e no processo de negociação entre os atores envolvidos na intervenção a ser avaliada, esta emergindo atualmente. Assim, nas duas primeiras fases tenta-se objetivar o processo avaliativo, enquanto nas duas últimas, evidencia-se a subjetividade presente no juízo e na negociação entre atores. Tal ênfase sobre os distintos procedimentos avaliativos de cada estágio explica-se pelos contextos de demandas sociais e políticas que determinaram os moldes nos quais as avaliações deveriam ocorrer, em cada momento.

Outra dificuldade presente na área é a complexidade de seus objetos, seja um estado de saúde ou uma intervenção social. Definida como o conjunto de meios (físicos, humanos, financeiros) organizados em um certo contexto para produzir bens ou serviços, buscando modificar uma situação, a intervenção social é caracterizada por seis componentes: objetivos, recursos, serviços, bens ou atividades, efeitos e contexto em um dado momento (CONTANDRIOPOULOS *et al*, 1997).

Os múltiplos determinantes que influem sobre esses objetos ou seus componentes explicam a diversidade tipológica encontrada nos enfoques teóricos sobre o tema, levando alguns autores a afirmar que essa variedade de termos e definições pode "desdobrar-se em tantas quantas forem as concepções sobre saúde e práticas de saúde" (SILVA & FORMIGLI,1994). Conseqüentemente, identifica-se na literatura inúmeras possibilidades de recortes, desde o âmbito do cuidado individual até o sistema nacional de saúde, ou mesmo fora deste, englobando os sistemas político, econômico e social. Atualmente, a maior parte dos estudos enfoca a avaliação da atenção individual, de serviços e de programas (SILVA & FORMIGLI,1994).

Uma das abordagens mais comuns permite distinguir dois tipos distintos de avaliação: a normativa (o julgamento resulta da aplicação de normas e critérios) e a pesquisa avaliativa (julga-se as relações entre os componentes da avaliação através de um procedimento científico) (CONTANDRIOPOULOS *et al*, 1997).

Há, ainda, autores que identificam três tipos: avaliação para decisão, avaliação para gestão e pesquisa avaliativa (NOVAES, 2000).

Algumas propostas de avaliação priorizam aspectos economicistas, buscando maximizar a eficácia dos programas na obtenção de seus fins e a eficiência na alocação de recursos ou então o alcance de metas (COHEN & FRANCO, 1994).

SILVER (1992) classifica as abordagens metodológicas para a avaliação de serviços em quatro grupos: análise de sistemas, abordagem por objetivos comportamentais, apoio à tomada de decisões e abordagem de aprendizagem, propondo que a avaliação deve possibilitar a modificação de comportamento dos diversos atores e aprimorar o funcionamento do sistema de saúde. Para cumprir tal objetivo, essas abordagens são complementares.

Diante desta confusão terminológica, NOVAES (2000) propõe uma classificação de tipologias de avaliação de acordo com critérios que orientam as decisões conceituais e metodológicas nos processos avaliativos. São eles: objetivo da avaliação, posição do avaliador, enfoque priorizado, metodologia predominante, forma de utilização da informação produzida, contexto e temporalidade da avaliação e tipo de juízo formulado. Tal classificação possibilita englobar as avaliações de programas, serviços e tecnologias de saúde, articulando objetos, tipologias e contextos.

O conhecimento produzido durante um processo avaliativo possibilita-lhe cumprir seus objetivos primordiais e tradicionais: instrumentalizar a elaboração de políticas (COHEN & FRANCO, 1994), subsidiar processos decisórios (HORWITZ, 1978; DE GEYNDT, 1986; ESCUDERO, 1989; FIGUEIREDO & TANAKA, 1996), propiciar processos educativos e promover o reconhecimento dos direitos de cidadania (DE GEYNDT, 1986). Alguns autores agrupam os objetivos da avaliação em saúde em quatro tipos: estratégico (ajudar no planejamento e na elaboração da intervenção), formativo (fornecer informação para melhorar a intervenção no seu decorrer), somativo (determinar os efeitos da intervenção para decidir se ela deve ser mantida, interrompida ou modificada) e fundamental (contribuir para o avanço do conhecimento) (HURTEAU, 1991; AGUILAR & ANDER-EGG, 1994; CONTANDRIOPOULOS *et al*, 1997).

Vale ressaltar que tanto a natureza do objeto primordial da avaliação (a ação social), bem como seus objetivos, ligados intimamente ao processo de gestão, determinam a predominância da racionalidade política sobre a técnica nos processos avaliativos (FIGUEIREDO & TANAKA, 1996).

Dessa forma, as finalidades da avaliação, resultantes de decisões políticas anteriores, vão nortear a escolha dos métodos e critérios a serem utilizados, condicionando assim seus resultados (HURTEAU, 1991). Nem sempre tais finalidades são explicitadas, principalmente em situações que envolvem disputas, ou quando não há consenso entre os atores envolvidos (CONTANDRIOPOULOS *et al*, 1997).

Ao ser um processo comprometido, realizado dentro de contextos político-institucionais marcados por interesses e conflitos de seus sujeitos, em todas as suas etapas (KALUSNY & VENEY, 1984), as escolhas realizadas durante a construção de processos avaliativos revelam valores sociais que explicitam prioridades e hierarquias de importância entre necessidades e demandas sociais, por um lado, e objetivos políticos em uma dada sociedade, por outro (HURTEAU, 1991).

Dessa forma, atualmente, as concepções de avaliação buscam incorporar a questão dos movimentos sociais e o conceito de Estado ampliado. Dentro desta perspectiva, o serviço é pensado como um campo de práticas técnicas, sociais e políticas, cuja direção e agenda de prioridades são realizadas no campo dos embates políticos entre grupos de pressão politicamente competentes e de racionalidades distintas (técnica e política) (COHEN & FRANCO, 1994).

O interesse crescente pela avaliação de serviços de saúde justifica-se historicamente pela relevância que a atenção à saúde adquiriu nas sociedades nas últimas décadas, em suas dimensões econômicas, políticas, sociais, culturais, etc, levando à necessidade de conhecer melhor a real participação destes serviços na dinâmica social e seus resultados, negativos ou positivos, para os indivíduos e para o coletivo. Assim, a produção de conhecimentos dentro deste campo articulou-se com as políticas econômicas e sociais vigentes em cada sociedade, impulsionando seu desenvolvimento. A busca de abordagens, indicadores e procedimentos distintos em cada país e época refletiu a vinculação existente entre produção de saberes e formulação de políticas públicas em diferentes contextos históricos (VELÁZQUEZ, 1978; FIGUEIREDO & TANAKA, 1996; CONTANDRIOPOULOS *et al*, 1997).

O campo da avaliação de serviços de saúde desenvolveu-se e institucionalizou-se em países como os Estados Unidos, Canadá, Austrália, França e outros, desde a metade deste século, diferentemente do que ocorreu no Brasil, onde somente em 1997 foi criado o Departamento de Avaliação de Políticas (HARTZ, 1999).

Nos Estados Unidos, desde a década de 50, é possível acompanhar o direcionamento que a pesquisa em serviços de saúde vem apresentando e suas articulações com a pesquisa clínica, epidemiológica e organizacional (NOVAES, 1996). Enquanto predominou, na organização da prestação de cuidados à saúde, a lógica da economia de mercado, grande parte da literatura foi produzida pelas associações médicas, com destaque para a criação de padrões que possibilitassem a acreditação dos serviços por meio da auditoria médica, apontando para uma grande confiança nos instrumentos de quantificação para conhecer a realidade. Após os anos 60, em decorrência da mudança do modelo assistencial, com o predomínio do seguro saúde, a preocupação voltou-se para os gastos e os estudos enfatizaram a relação entre custos e resultados. A ampliação dos programas de assistência à população carente determinou a necessidade de avaliação do impacto das prioridades estabelecidas (VELÁZQUEZ, 1978; FIGUEIREDO & TANAKA, 1996; CONTANDRIOPOULOS *et al*, 1997).

Em países que adotaram a política do bem-estar social, como Canadá e Inglaterra, o enfoque predominante voltou-se para os custos e a otimização, elegendo os estudos clínicos padronizados como o desenho de investigação mais utilizado (FIGUEIREDO & TANAKA, 1996).

Desde a década de 70, foram criados em diversos países, como Estados Unidos, Canadá, Austrália, França e Inglaterra, órgãos governamentais para apoiar as pesquisas clínicas, epidemiológicas e organizacionais, tomando os serviços de saúde como campo de investigação, formaram-se associações de profissionais avaliadores e surgiram publicações especializadas. Assim, a chamada pesquisa avaliativa emergiu nesses países e incorporou o método epidemiológico, aproximando saber e prática e ganhando prestígio e reconhecimento.

A avaliação tecnológica em saúde desenvolveu-se como campo de investigação e prática cujo objeto é o desenvolvimento científico e tecnológico, a inovação, produção, incorporação e utilização de tecnologias em saúde, coincidindo com uma grande expansão da atenção médica quanto à cobertura, especialização e densidade tecnológica.

Na América Latina, nas últimas três décadas, o planejamento ocupou papel central na implementação de mudanças no setor saúde, sempre articulado às determinações políticas. Entretanto a avaliação, concebida para ser parte constitutiva do processo de planejamento, isolou-se deste no plano político. Sua concepção como algo separado e alheio aos projetos e não uma dimensão dos mesmos levou a uma ênfase nos aspectos metodológicos, em detrimento da análise do modo de vinculação da avaliação em saúde às políticas públicas e aos modelos assistenciais adotados em realidades diversas. Nesse cenário, a lógica que norteou as programações, caracterizada pela centralização normativa e descentralização executiva, produziu instrumentos e procedimentos de avaliação distantes da prática (FIGUEIREDO & TANAKA, 1996), mas que interessavam à gestão.

Alguns autores identificam esta situação no campo da avaliação de projetos sociais que, segundo eles, apresenta “grandes vazios” com atraso no desenvolvimento de metodologias adequadas (COHEN & FRANCO, 1994). Além da desarticulação entre políticas públicas e avaliação, os autores atribuem esse fato também à não superação das dificuldades que o campo apresenta, já que os objetivos dos programas sociais nem sempre são atingidos, ou então são difíceis de serem mensurados, pois, muitas vezes, seus produtos não são “traduzíveis em benefícios e expressos em unidades monetárias” (COHEN & FRANCO, 1994).

Para superar tais problemas, é necessário, inicialmente, readequar os procedimentos metodológicos, construindo instrumentos que dêem conta da dimensão qualitativa dos fenômenos sociais. Tal instrumental, oriundo das ciências sociais, complementa os métodos tradicionais, quantitativos, tornando factível avaliar as políticas sociais. Entretanto, para que a avaliação cumpra efetivamente seus objetivos, o aprimoramento instrumental não é suficiente, sendo preciso resgatar seu caráter político, vinculando-a ao contexto de disputas onde se realiza.

A necessidade de comparar, escolher e descartar projetos alternativos torna-se mais evidente em situações de crise econômica, como, por exemplo, a que afetou a América Latina nos anos 80, reduzindo recursos disponíveis e provocando aumento das necessidades da população. Nestes contextos, torna-se imperioso que as políticas públicas cumpram seu papel de manter a estabilidade social, impedindo a deterioração, em

demasiado, dos níveis de vida da população. Para tanto, a avaliação de políticas, programas e projetos é concebida como estratégica na medida em que possibilita traçar mais adequadamente novos projetos e escolher a solução mais eficiente na utilização dos recursos, aspecto que exemplifica o caráter racionalizador e político dos processos avaliativos.

Apesar do reconhecimento de sua importância, constata-se ainda uma ausência de estudos sistemáticos sobre as avaliações realizadas no âmbito do SUS. Tal situação decorre, em parte, de um contexto mais amplo de inexistência de uma 'cultura de avaliação' nas instituições públicas em geral. "Não se tem uma história nem práticas sistemáticas de avaliação dos impactos do sistema de saúde na qualidade de vida da população e nem de controle de resultados de ações de vigilância à saúde, salvo de forma pontual e fragmentada" (INOJOSA, 1996).

Esse fato não é exclusivo de nosso país, mas ocorre em toda América Latina, onde a avaliação de programas sociais ocorre apenas excepcionalmente.

Diversos autores atribuem o panorama atual de inexistência de práticas sistemáticas de avaliações ou de sua redução ao acompanhamento de procedimentos e fluxos administrativos da atividade de compra de serviços, à atuação clientelista e autoritária dos governos nas últimas décadas, repercutindo sobre os órgãos responsáveis pela atenção à saúde, principalmente INAMPS e Secretarias de Estado (SILVA & FORMIGLI, 1994; INOJOSA, 1996; FIGUEIREDO & TANAKA, 1996; INOJOSA, 1996; STENZEL, 1996; ABRASCO, 1997; HARTZ, 1999).

Essa situação modificou-se na última década, com a ampliação da consciência sobre os direitos de cidadania e a possibilidade de seu exercício, através da redemocratização da sociedade em geral. A presença no texto constitucional de menções específicas para a realização de avaliação e controle em todos os níveis do sistema refletem essas mudanças e propiciam o crescimento do campo, atribuindo-lhe um papel estratégico na reordenação do SUS, através da instrumentalização da gestão e do redirecionamento do modelo assistencial (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988). Apesar disso, dificuldades de diversas ordens ainda obstaculizam a realização sistemática de avaliações no setor saúde, como a resistência de alguns grupos profissionais e a própria falta de recursos.

No contexto atual de modificações institucionais no âmbito do SUS, merece destaque a disputa entre diversos atores sociais pela definição dos objetivos das intervenções e dos critérios de avaliação entre outros. Portanto, não se pode falar de intervenção e nem de avaliação sem se considerar os diferentes atores que ela envolve. São eles os profissionais, os financiadores, os administradores, os avaliadores, o poder público, os usuários e a população (AGUILAR & ANDER-EGG, 1994; CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997). As diferentes racionalidades dos atores podem se complementar ou, em certas ocasiões, serem conflitivas. COHEN & FRANCO (1994) enfatizam os papéis desempenhados na avaliação pelos políticos, técnicos e burocratas. Os políticos são os responsáveis pelas decisões e fixação de grandes objetivos das políticas, os burocratas têm a racionalidade baseada nos procedimentos, na aplicação de normas e na competência legal, e os técnicos são orientados pela racionalidade do cumprimento das finalidades propostas. Apesar do reconhecimento da existência dessas diferentes racionalidades na avaliação, é preciso enfatizar a conveniência e a necessidade de que o âmbito da decisão política tenha uma base técnica, principalmente num campo onde se alocam grandes montantes de recursos, como no caso dos programas sociais. Diante da necessidade de negociação entre os diversos atores, os autores acreditam que deva haver um consenso entre eles em relação a um conjunto mínimo de postulados.

Com relação à limitação de recursos financeiros ou de pessoal, como ocorre em nosso meio, alguns autores discutem formas de realizar avaliações de credibilidade, levando em consideração a impossibilidade de se obter toda a informação necessária para que a avaliação seja completa e abrangente. As soluções propostas passam tanto pela busca de um equilíbrio entre o ideal e o viável, considerando a necessidade de uma maior exatidão da avaliação em função dos resultados a serem obtidos (COHEN & FRANCO, 1994), quanto pela sugestão de modelos de avaliação que delineiam problemas práticos enfrentados por administradores e descrevem um conjunto de técnicas de avaliação que são custo-efetivas, úteis e facilmente implantadas sem consumir muitos recursos (FAVARO & FERRIS, 1991). Os autores defendem que mesmo as avaliações desenhadas para abordar aspectos bastante específicos de um programa podem ser de boa qualidade. Neste caso, as perguntas devem ser precisas e voltadas para preocupações específicas. "Quando não se

tem todos os recursos necessários, uma avaliação não pode ser tudo para todos" (FAVARO & FERRIS, 1991).

Portanto, todas essas características do campo da avaliação, trazem obviamente implicações metodológicas para a produção de conhecimentos. As dualidades objetividade e subjetividade, qualitativo e quantitativo, macroanálise e microanálise, além da questão da interdisciplinaridade, estão presentes e colocam impasses não superados tanto do ponto de vista epistemológico quanto metodológico, dificultando a compreensão dos objetos em sua complexidade e acentuando suas dicotomias (atenção individual *versus* coletiva, reais necessidades de saúde *versus* demandas por serviços, clínica individual *versus* saúde pública, técnico *versus* político, entre outras) (NOVAES, 1996; STENZEL, 1996).

As questões fundamentais colocadas para esse campo, no que se refere à área da saúde, são as mesmas da prática científica em geral e as diferentes proposições para tentar superá-las remetem aos paradigmas postulados pelas diversas correntes de pensamento das Ciências Sociais, especialmente o Positivismo Sociológico, a Sociologia Compreensiva e o Marxismo, segundo MINAYO (1992).

O impasse mais contundente, fruto da tradição positivista que predomina na área da saúde, decorre da tentativa de se avaliar quantitativamente, com objetividade e neutralidade a realidade social, essencialmente qualitativa, subjetiva e ideologicamente impregnada.

Em decorrência disso e da própria delimitação do campo da avaliação a partir de recortes de três outras áreas do saber, o processo avaliativo leva a pensar que seu equacionamento necessita da ação interdisciplinar, utilizando diferentes concepções teórico-metodológicas na tentativa de explicar o significado da ação social e seus efeitos.

Concluindo, o campo da avaliação vem crescendo nas últimas décadas e se enriquecendo teoricamente através da contribuição de saberes oriundos de diversas disciplinas. A construção do SUS, calcada no ideário da Reforma Sanitária, coloca a necessidade do controle social e impulsiona os processos de avaliação de qualidade, buscando dar transparência à prestação de cuidados à saúde, para que aquele se efetive.

Apesar das especificidades das políticas de saúde adotadas em diversos países, o impulso neste campo encontra aspectos comuns a todos eles, tais como a necessidade de racionalização/contenção de custos de programas sociais e, particularmente, da atenção à saúde aliada a uma preocupação com a manutenção da qualidade, a complexidade crescente e a expansão do sistema de saúde, as incertezas existentes na relação entre os problemas de saúde e as intervenções propostas para resolvê-los, o rápido desenvolvimento e incorporação das tecnologias médicas e as expectativas da população, que demandam a informação sobre o funcionamento e eficácia dos serviços como essencial. Seus dilemas teórico-metodológicos não constituem impecilhos, mas desafios na formação desse campo de saber. Há, assim, um grande espaço para a criatividade na construção de novas formas de avaliar o sistema de saúde. Realizada em projetos que foram formulados com base na teoria social, a avaliação compartilha com esta a metodologia utilizada, sendo seus procedimentos norteados pelos princípios do método científico.

Uma das linhas de investigação dentro deste campo, a avaliação do cuidado médico e mais estritamente de sua qualidade, torna-se importante dada a sua progressiva institucionalização em nosso país e a centralidade que este profissional ocupa no processo de atenção à saúde.

## **2.2. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO CUIDADO MÉDICO**

A preocupação com a qualidade da atenção médica origina-se do setor industrial, a partir da década de 30, quando os conceitos nele utilizados passaram a ser incorporados pela área de prestação de serviços, dentre os quais a saúde (NOGUEIRA, 1994).

Muitas destas concepções vigoram até o presente momento na ideologia dominante como, por exemplo, a de que os trabalhos bem sucedidos socialmente se dão em razão de qualidades pessoais de seus agentes. Mesmo no mundo tecnológico, o êxito social de certos trabalhos está menos vinculado à tecnologia e mais aos talentos pessoais (SCHRAIBER *et al*, 1999).

Tal concepção é proveniente de uma etapa inicial da evolução da qualidade nas empresas e compreende que a excelência dos agentes por si só é tida como condição que garante a qualidade do serviço prestado. Atrelada a ela, encontra-se a forma usual de avaliação da qualidade utilizada em universidades, hospitais etc, crendo que a formação diferenciada de seus profissionais, dentre os quais os médicos, juntamente com a atualidade da infra-estrutura tecnológica, por si só, garantem a qualidade dos serviços prestados.

Num momento seguinte, tornou-se usual o controle departamental da qualidade, ou seja, um grupo de especialistas elabora critérios ou normas de qualidade para serem seguidos pelo conjunto dos trabalhadores e cria sistemas de controle e fiscalização dos produtos.

Posteriormente, no estágio chamado de garantia de qualidade, as normas enfocam a detecção preventiva de falhas na produção de serviços e, embora sejam estabelecidas por um departamento especializado, tornaram-se responsabilidade dos demais trabalhadores.

Finalmente, na gestão da qualidade total, o controle da qualidade foi sistematizado e passou a ser uma tarefa coletiva dentro da empresa.

Assim, cada etapa criou conceitos e formas de avaliar a qualidade distintos que foram transpostos para o setor saúde e adequados às características de seus processos de trabalho. A formulação de padrões de conduta clínica de uso na atenção individual e, principalmente, coletiva, como nos programas que surgiram a partir dos anos 70 e, mais recentemente, o desenvolvimento de consensos e protocolos de prática clínica dos anos 90, evidenciam este aspecto, uma vez que representam tentativas de padronizar os diferentes aspectos da atenção à saúde, de forma a permitir comparações e julgamentos sobre sua qualidade.

A centralidade do médico nos modelos de atenção à saúde em nosso meio coloca-o sob escrutínio da sociedade, mormente nos últimos anos, a partir da legitimidade alcançada pelo movimento em defesa dos direitos de cidadania. Entretanto, diversamente ao que já ocorre em países desenvolvidos, a prestação de contas (“accountability”) ainda é um processo em construção em nosso país e, apenas recentemente, identifica-se sua ocorrência no setor saúde, principalmente nos serviços privados.

Além destes dois aspectos, centralidade do agente e direitos sociais, há outros que também constituem estímulos para avaliar a atenção médica, tais como a constatação da variabilidade da prática clínica, de acordo com o tipo de população atendida, características profissionais e institucionais, produzindo questionamentos sobre a cientificidade da prática realizada.

A introdução de novas tecnologias no setor saúde e, na prática médica, com desdobramentos políticos, econômicos, administrativos e sanitários, traz consigo a necessidade de se conhecer o impacto, em termos de riscos e benefícios, que elas produzem sobre a saúde e a qualidade de vida dos indivíduos e das populações.

*Pari passu* ao reconhecimento da importância de avaliar a qualidade da atenção médica, identifica-se várias ordens de dificuldades, já que não se trata de avaliar uma técnica isolada, mas um conjunto complexo de procedimentos, realizados por diferentes agentes situados historicamente, que se articulam em hierarquias dentro de estruturas organizacionais, cujas lógicas estão voltadas para responder a necessidades sociais.

Dessa forma, especialmente na relação interindividual que o médico estabelece com seu paciente, seja no âmbito da prática institucionalizada ou privada, diversos aspectos permeiam esta relação, tornando evidente seu caráter não apenas técnico, mas principalmente social. Nas instituições de atenção à saúde, a necessidade de compor ações especializadas envolvendo distintos profissionais, as demandas que a instituição precisa atender e as pressões que os profissionais recebem, constituem alguns exemplos.

Nas diversas formas de organização contemporânea da prática médica privada, a presença de mecanismos que visam diminuir os custos da atenção balizando a relação médico-paciente, tal como ocorre na atenção gerenciada (“managed care”), é o exemplo mais contundente.

Assim, tanto no âmbito da medicina institucionalizada quanto na privada, o médico encontra limites para atuar, o que dificulta e, muitas vezes até impede, a avaliação do cuidado que presta ao paciente, pois não se trata apenas de avaliar o aspecto técnico-científico da atenção, mas a influência de outros elementos que conformam sua prática.

Outra ordem de dificuldades são as inúmeras definições de qualidade da atenção médica existentes na literatura, tal qual ocorre com a avaliação, levando a uma falta de consenso sobre o que avaliar.

As abordagens propostas por autores e organismos internacionais para avaliar a qualidade da atenção à saúde, não apenas a qualidade da atenção médica, centram-se sobre as etapas de sua produção (a estrutura, os processos ou os resultados da atenção), através das quais a qualidade pode ser medida, podendo enfatizar ações sobre os indivíduos ou sobre a comunidade, com uma perspectiva institucional ou com orientações de base territorial e populacional, voltados mais para os prestadores ou para os usuários, ressaltando aspectos clínicos, organizacionais, econômicos ou docentes.

Tal diversidade de abordagens é acompanhada por um arsenal de métodos de avaliação da qualidade, permitindo construir diferentes indicadores, tais como: pertinência, impacto, progresso, eficiência, efetividade, eficácia, suficiência, continuidade, equidade, entre outros.

Na busca de uma definição para a qualidade da atenção médica na literatura, o trabalho clássico de LEE e JONES (1933) merece ser citado por seu pioneirismo e atualidade de sua proposta. Os autores definem a qualidade da atenção médica sob a forma de oito ‘artigos de fé’:

1. Fundamentação científica da prática médica.
2. Ênfase na prevenção.
3. Cooperação entre consumidores e prestadores de serviço.
4. Tratamento integral do indivíduo.
5. Relação estreita e contínua entre o médico e o paciente.
6. Serviços médicos integrais e coordenados.
7. Coordenação entre a atenção médica e os serviços sociais.
8. Acessibilidade da atenção para toda a população.

Vale ressaltar que os autores não consideram tais critérios como padrões definitivos da atenção médica, lembrando que, enquanto arte, a atenção médica não pode ser padronizada.

Dentre os autores que se dedicam a estudar a qualidade da atenção médica, destaca-se DONABEDIAN, o autor que mais escreveu sobre o assunto. É dele a proposta de se utilizar a tríade estrutura-processo-resultado como instrumento para avaliar a qualidade da atenção médica (DONABEDIAN, 1992). Embora este modelo tenha sido amplamente difundido e utilizado em muitos países, o próprio autor reconhece suas limitações e faz críticas, centrando-as na ausência de uma relação direta entre processo de trabalho e seus resultados (DONABEDIAN, 1978, DONABEDIAN, 1986, DONABEDIAN, 1992).

Este autor identifica três dimensões no cuidado médico: a técnica, embasada científica e tecnologicamente (a ciência da medicina); a interação com o paciente, também chamada de arte da medicina e o ambiente (físico e organizacional) no qual ocorre a atenção, influenciando nas dimensões anteriores. Para DONABEDIAN (1990), analisar cada um deles permite estimar a qualidade da atenção oferecida.

Outra contribuição do autor são as três definições sobre qualidade da atenção médica (DONABEDIAN, 1979):

- a absolutista, segundo a qual o médico, ao optar por determinada intervenção, leva em consideração o melhor equilíbrio entre riscos e benefícios;
- a individualizada, na qual o paciente, devidamente informado, envolve-se juntamente com o profissional médico nas decisões sobre seu tratamento;
- a social, que considera o fator custo da atenção que, ao ser repartido socialmente, coloca a sociedade como participante na definição das formas de atenção que ela está custeando, a partir de valores que possui.

Esta última definição de Donabedian embasa as políticas que estabelecem prioridades na atenção à saúde, decorrentes da necessidade de contenção de gastos. A polêmica sobre os critérios a serem utilizados na definição de prioridades perpassa todos os segmentos sociais com grandes embates, envolvendo os profissionais de saúde, representados por suas entidades, os políticos, o governo que financia os serviços, os gestores em diversos níveis, os grupos de interesse e os usuários.

Assim, as decisões políticas geralmente antecedem a destinação de recursos na prestação de cuidados médicos, permitindo definir quais serviços devem ser oferecidos e estabelecer diferentes níveis para sua qualidade.

Dentro desta perspectiva de racionalizar a atenção médica, nos últimos anos, surge a chamada medicina custo-efetiva, legitimando interferências sobre as decisões médicas e, portanto, sobre sua autonomia profissional. A prática da medicina custo-efetiva, orientada segundo consensos e protocolos de prática clínica, é reconhecida como sendo de boa qualidade pelas entidades corporativas médicas, pois encontra-se amparada cientificamente.

Embora se disponha, na atualidade, de muitos critérios e definições para avaliar a qualidade da atenção médica, uma grande dificuldade metodológica ainda não superada é representada pelos instrumentos de coleta de dados. Tanto os registros em prontuários médicos como as observações diretas das atividades dos médicos ou as auditorias, constituem instrumentos que oferecem algumas possibilidades para avaliar certos aspectos, mas com muitas limitações (DONABEDIAN, 1992).

Especificamente, quando se avalia a qualidade da atenção médica na rede básica de saúde, algumas peculiaridades deste tipo de atendimento dificultam ainda mais a escolha do critério mais adequado. Por exemplo, a complexidade dos processos de trabalho na atenção primária, onde se articulam múltiplas dimensões, ou então as questões próprias de práticas ambulatoriais, como dificuldades de se estabelecer diagnósticos nosológicos precisos a partir de queixas vagas (NOVAES, 1987).

Vale lembrar que o fato do médico ser o agente nuclear de sua prática implica que a qualidade de seu trabalho está intrinsecamente articulada à integridade de sua pessoa. Conseqüentemente, muitas questões relativas às condições de trabalho ficam reduzidas a problemáticas de seu desempenho técnico e ético, ou seja, de sua formação pessoal e profissional, principalmente questões da qualidade do ensino médico, no qual, embora se reconheça a existência de deficiências na formação escolar, norteadas pelo paradigma tecnológico e pelas transformações estruturais que vêm ocorrendo na profissão médica, gerando profissionais com deficiências do ponto de vista técnico e ético, esta é apenas uma das questões a serem enfrentadas e não representa a totalidade dos problemas.

Portanto, a avaliação da qualidade da atenção médica é possível, apesar das dificuldades peculiares ao campo da avaliação em saúde e, particularmente, daquelas situadas no âmbito do cuidado médico.

Neste estudo, pretende-se conhecer as definições que os próprios médicos têm a respeito da qualidade de seu trabalho. Não se trata de tentar elaborar indicadores que possibilitem mensurá-la, mas compreender os elementos que são significativos para este grupo profissional na definição de qualidade que eles constróem nas representações acerca de seu trabalho.

Tal compreensão pode possibilitar o aprimoramento dos processos de supervisão na rede de saúde, na medida em que se identifica uma aproximação ou afastamento entre as perspectivas dos médicos e dos gestores do sistema de saúde a respeito da qualidade e seus determinantes.

Finalmente, é fundamental reconhecer que a qualidade, assim como a autonomia, aparece no discurso da categoria médica não apenas como um atributo da atenção, mas principalmente como um valor que o profissional persegue e que independe do tipo de instituição onde atua (pública ou privada), do tipo de serviço (pronto socorro, ambulatório etc), do modelo de atenção preconizado (preventiva, curativa, individual, coletiva) ou de condições que impõem limitações à sua atuação.

O principal desdobramento que este aspecto traz para o campo da avaliação é que, ao ser tomada em sua dimensão técnica, a qualidade da atenção médica possibilita alguma forma de objetivação, através da avaliação. Porém, enquanto valor moral, torna-se um elemento absoluto, que existe ou não, e passa a ser objeto da bioética.

A compreensão de como se articulam os elementos constitutivos do trabalho médico, em sua dimensão interna ou institucional, para produzir uma atenção de qualidade constitui objeto que ainda carece de construção.



### ***3. O TRABALHO MÉDICO***

### 3.1. O TRABALHO MÉDICO COMO OBJETO DE ESTUDO

Tomar a prática médica como prática que se realiza em sociedade e como um dos elementos através do qual esta se reproduz, torna possível enxergar as ações médicas como intervenções que ultrapassam o âmbito técnico-científico e se situam também como político-ideológicas. Esta consubstancialidade da sociedade com as práticas sociais revela a existência de conexões entre a saúde e os interesses econômicos e políticos da sociedade, representados no primeiro caso, pelo complexo médico-industrial vinculado às empresas de produção de equipamentos e medicamentos e, no segundo, pelo modo como o Estado lida com a privatização e a capitalização do setor.

Neste sentido, a prática médica pode ser analisada como trabalho social, ou seja, ação produzida coletivamente e que se vincula tanto ao conhecimento científico quanto à infra-estrutura produtiva da sociedade. A utilização do trabalho como categoria analítica traz a possibilidade de compreender a prática médica não apenas como tecnologia materialmente definida, mas também em suas determinações sociais.

A busca por delimitar o objeto deste estudo coloca a necessidade de recortar alguns elementos da teoria do trabalho que parecem fundamentais para o entendimento da prática médica e de sua estruturação interna enquanto trabalho.

Um deles refere-se às limitações a que o trabalho se submete para cumprir sua finalidade principal de responder a necessidades sociais. Isto se torna mais evidente quando a prática médica se insere em complexas organizações, sob a forma de trabalho coletivo, e se distancia do modelo ideal de trabalho, liberal e autônomo, que a categoria médica construiu em seu ideário, provocando tensões. Dentre as diferentes instituições de assistência médica, o centro de saúde constitui forma de organização específica, na qual o trabalho médico se insere e se coletiviza dentro do processo de atenção à saúde.

O outro elemento a ser destacado, diz respeito à relação entre medicina e tecnologia, buscando, a partir da dimensão interna do trabalho médico, compreender o trabalhador como agente ativo que, ao operar um saber técnico, reinterpreta a ciência, particularizando-a e articulando-a ao social.

### 3.2. O TRABALHO MÉDICO NAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE: ESPAÇOS E LIMITES DO TRABALHADOR COMO SUJEITO

O trabalho médico constitui um objeto privilegiado, considerado o que melhor representa o conjunto dos trabalhadores em saúde. Por razões históricas "a prática dos médicos é a fundadora da técnica científica moderna e o núcleo original do qual outros trabalhos derivam, constituindo-se, por isso, prática dominante e hegemônica no conjunto das ações em saúde" (DONNANGELO, 1975; SCHRAIBER, 1993; SCHRAIBER & NEMES, 1996).

Estudar a qualidade dos serviços tomando como seu indicador privilegiado o trabalho profissional oferece possibilidades de se problematizar os processos de trabalho produtores diretos da assistência sob diversas perspectivas desde o desempenho profissional, visto como produto educacional; as condições concretas em que o trabalho se dá, construídas a partir de suas relações macro e micro estruturais na sociedade; o agente do trabalho, enquanto sujeito social e histórico, e outras.

O trabalho médico, nas sociedades atuais, não é realizado isoladamente em relações privadas, como em décadas passadas, mas inserido em estruturas organizacionais, públicas e privadas, com a finalidade principal de estender os serviços de saúde a parcelas crescentes da população. Estas instituições de saúde oferecem possibilidades concretas aos profissionais de exercerem seu saber e atuarem como sujeitos sociais, fazendo escolhas que exprimem valores éticos e políticos por intermédio da ação técnica e, deste modo, constituem um espaço que lhes confere certa liberdade de agir. Entretanto, a conformação do exercício profissional dentro destas instituições, com lógicas organizacionais e finalidades sociais distintas, impõe-lhe limites de diversas ordens.

A articulação da produção de serviços médicos com ramos industriais e, no caso dos serviços públicos, a vinculação do modelo organizativo de trabalho às políticas públicas foram determinantes na estruturação do trabalho. Assim, tanto a organização e distribuição social da produção dos serviços, na qual se inscrevem as questões de mercado e as questões sociais de extensão de benefício à população, quanto a base técnico-científica da produção de serviços, constituíram elementos impeditivos da autonomia de atuação dos agentes de trabalho, no caso os médicos (SCHRAIBER & NEMES, 1996).

Deste modo, a institucionalização progressiva das práticas de saúde e dentre elas a prática médica, a partir da segunda metade do século XX, alterou a posição deste profissional na sociedade e no trabalho, trazendo desdobramentos para sua atuação técnica e política, seu estatuto social e sua relação com os pacientes.

A liberdade para atuar como sujeito coletivo, histórico, técnico e político restringiu-se ao submeter-se a determinantes definidos nos planos político, econômico e social. Assim, a organização da prática concreta nos serviços a partir de modelos assistenciais, interesses diversos e políticas administrativas, produziu para os profissionais "certas disponibilidades de meios de trabalho, instalações e formas diversas de interagir com a clientela" (SCHRAIBER & NEMES, 1996), condicionantes do exercício profissional que relativizaram a atuação do sujeito, alienando-o em parte de seu processo de trabalho.

No Brasil, o processo de institucionalização da assistência médica resultou da intervenção do Estado e buscou resolver o problema do custo crescente dos serviços na medicina tecnológica e atender à proposta de universalização da cobertura, dando resposta às reivindicações de direito à saúde, às necessidades econômicas de manutenção/recuperação da força de trabalho e à medicalização do social.

Dentre as mudanças mais significativas que ocorreram no interior da prática médica como resultado de sua institucionalização, destacamos a progressiva incorporação de equipamentos e a especialização do trabalho, tornando o trabalhador, no primeiro caso, dependente da tecnologia a ponto de aliená-lo em relação ao trabalho mecanizado e, no segundo, dependente de outros trabalhadores, dada a interdependência e complementaridade de ações parcelares no processo produtivo (SCHRAIBER & NEMES, 1996). Estas modificações demandaram a aplicação de princípios organizativos empresariais aos processos de trabalho desenvolvidos no interior destas instituições, cujo desdobramento mais relevante foi a conformação de coletivos de profissionais e de pacientes.

Assim, ao se tornarem consumidores institucionalizados dos serviços de saúde, os usuários foram agrupados de acordo com características comuns, de idade, gênero, patologia, etc, perdendo sua singularidade e passando a fazer parte de um coletivo, cuja marca mais evidente é a estratificação socioeconômica.

Os profissionais, por sua vez, também formaram coletivos, na medida em que foram objeto de práticas organizativas enquanto equipes de trabalho multiprofissionais, seja pela submissão a regras administrativas, como horários e jornadas de trabalho, seja pelo parcelamento de atos especializados no processo de produção de serviços de saúde.

A dificuldade em estabelecer e manter relações interindividuais produziu uma modalidade alternativa de vinculação, entre coletivo de trabalhadores e coletivo de pacientes, resultando em uma impessoalidade do cuidado à saúde. Isto se agravou pelo modo empresarial de organizar os serviços, através da pressão pelo aumento de produtividade de cada trabalhador e do serviço como um todo, tornando o trabalho fragmentado em decorrência da especialização, rotineiro e alienante, e, conseqüentemente, provocando a 'dissolução' do paciente individual em um conjunto de iguais (SCHRAIBER, 1999).

Porém, se, por um lado, esta forma de relação serviço-usuário opõe-se à definição de qualidade da atenção médica que enfoca a relação interpessoal como elemento essencial da prática, por outro, se ela for considerada quanto aos processos que produziram estes coletivos, pode resultar numa melhor qualidade técnica do cuidado.

Assim, a conformação destes coletivos institucionalizados pressupõe uma formatação de grupos homogêneos que vivem, adoecem e morrem de modo semelhante. O reconhecimento dos determinantes do processo saúde-doença nestes coletivos pode permitir uma intervenção médica mais eficaz, na medida em que este elemento seja incorporado ao raciocínio clínico e à tomada de decisão clínica. Portanto, a aproximação entre os aspectos clínico e organizacional da assistência pode resultar em atenção de melhor qualidade (SCHRAIBER, 1999).

De forma geral, isto não vem ocorrendo até o presente momento e a coletivização, na maioria das vezes, vem sendo usada em seu sentido negativo, reforçando a desigualdade assistencial e promovendo a simplificação técnica das ações de saúde. O reconhecimento do tipo de paciente determina de antemão o tipo de propedêutica e de tratamento a ser utilizado, reproduzindo na assistência a estratificação econômica da clientela e, portanto, da sociedade.

Uma questão que surge freqüentemente na prática é se o médico deve considerar as limitações do paciente ao propor uma investigação ou tratamento. Seria simplificação da atenção ou flexibilização, buscando incorporar entre os elementos de decisão, as condições reais do paciente em efetivar o que lhe foi proposto? Qual o limite para tal flexibilização?

Sem uma resposta única possível para estas perguntas, as estratégias para tentar superar tais dilemas presentes na prática cotidiana parecem, muitas vezes, centrar-se nos sujeitos (os médicos) e seus valores pessoais e profissionais.

Torna-se necessário que a equipe multiprofissional conheça as necessidades dos usuários, fundamentadas por suas demandas e condições de vida e estructure o trabalho dentro de uma concepção unitária, que se complementa nos atos parcelares. Neste processo, pretende-se que a contribuição de cada profissional respeite suas especificidades técnicas e ultrapasse o âmbito individual da prática, articulando-a ao conjunto do trabalho.

Um aspecto considerado essencial para promover a integração dos diversos trabalhos realizados pela equipe de saúde, refere-se ao reposicionamento hierárquico dos distintos trabalhadores que compõem a equipe de saúde. Entretanto, até o presente momento, tal proposta não encontrou possibilidades concretas para se viabilizar, salvo em situações de exceção, visto que estas relações são frutos de um processo histórico de construção de hegemonia.

O modelo de produção de serviços de saúde centrado no médico ainda prevalece, refletindo a importância e o reconhecimento sociais de seu trabalho e possibilitando-lhes viabilizar projetos pessoais, através da atuação técnica. Conseqüentemente, qualquer ação organizativa sobre a prática médica que restrinja sua liberdade de atuação, vai também opôr-se às suas expectativas pessoais de diferenciar-se social e politicamente e produzir conflitos, que são explicitados como impedimentos à realização (técnica) adequada de seu trabalho, dissimulando os interesses reais da categoria médica por remuneração, posição social e prestígio.

Na concepção modelar que os médicos construíram para sua prática, caracterizada como interindividual, exclusiva e cientificamente fundada, tenta-se criar uma separação entre os elementos que caracterizam o núcleo técnico de seu trabalho, os atos diagnóstico e terapêutico e os aspectos presentes na realidade do cotidiano, tidos como externos à prática profissional, tais como remuneração, condições materiais de exercício do trabalho e outras, o que obviamente não ocorre.

A institucionalização alterou as condições para o exercício autônomo e independente da prática médica, tido como modelo ideal, trazendo repercussões substanciais sobre a representação que os médicos possuem a respeito da qualidade de seu trabalho.

Apesar do distanciamento entre o modelo que os profissionais construíram em suas representações e o que tenta ser institucionalizado, verifica-se concretamente que a organização social desta prática possibilita aos médicos ampla liberdade de decisões e desempenhos concretos.

A supremacia de um ideário no qual estes profissionais são agentes independentes de qualquer outra racionalidade que não a técnica, e livres para atuar sem interferência externa sobre seus julgamentos, decisões e ações, possibilitou disseminar a concepção de que a forma institucional de organização de serviços de saúde mais adequada, portanto ideal para o exercício profissional é a que lhe possibilita maior independência de ação e de julgamento, ou seja, maior autonomia. Dessa forma, a prática passa a ser adequada e tecnicamente bem qualificada, quando o profissional encontra "condições nas quais a racionalidade do ato médico, tanto seria progressivamente conformada pelo plano científico-tecnológico, quanto se manteria assentada no julgamento e poder decisório individual do médico" (SCHRAIBER, 1993).

Essa representação que os médicos possuem de seu trabalho foi historicamente construída como parte da história dos modos de produção capitalista e a ela articulada para reproduzir suas relações.

Até o início dos anos 80, época em que o processo de institucionalização era ainda incipiente, as modalidades não autônomas de exercício da profissão foram combatidas pela categoria médica, aceitando-se a participação do Estado apenas para

desenvolver atividades de saúde pública e atenção primária, através de ações coletivas de combate a epidemias e endemias, além da atuação nos chamados grupos de risco (crianças nos primeiros anos de vida, gestantes, trabalhadores e pobres) (CAMPOS, 1988). Dessa forma, a pediatria foi uma das primeiras especialidades inserida na rede pública, com enfoque voltado exclusivamente para a prevenção, o que não se opunha ao ideário da categoria.

É possível que a incorporação do pediatra ao projeto coletivo de fortalecimento da rede pública de atenção à saúde, desde seu início, tenha legitimado o trabalho deste profissional perante seus pares, mesmo entre aqueles que se identificavam com a ideologia liberal, o que pode explicar sua relativa maior aderência às propostas atuais de atenção à saúde da criança.

Na visão dos médicos, a perda do controle sobre seu processo de trabalho e sobre sua clientela foram os aspectos mais visíveis das mudanças ocorridas. A diminuição do tempo destinado a cada consulta individual; a tensão entre o modelo de relação interindividual, privada e exclusiva, e o trabalho coletivizado da medicina institucionalizada; a fragmentação do processo de trabalho realizado coletivamente, constituída por trabalhos parcelares e cooperativos; o horário fixo de trabalho; as exigências de produtividade quantitativa; o local de trabalho não escolhido por ele e, portanto, sem identidade pessoal; a exclusão de participar na concepção do projeto de seu trabalho, que fica subordinado aos modelos assistenciais, são exemplos deste fato.

Na representação dos médicos, a instituição de normas e regulamentações de operações diagnósticas e terapêuticas pela programação na Saúde Pública, assume caráter de regulação externa e contraria o princípio do exercício profissional autônomo e independente, produzindo várias estratégias de recusa por parte destes profissionais de aceitar estes princípios de organização de serviços. A perda da autonomia técnica (e conseqüentemente, da possibilidade de maior renda e prestígio) presente no ideário médico como uma necessidade substantiva do seu trabalho, é o principal motivo que leva os profissionais a resistirem à proposição de normas de desempenho requeridas pelo modelo programático. SCHRAIBER (1993) chama a atenção para a importância deste fato ao afirmar que "o trabalho, no plano das representações, encontrou na plena autonomia de seus

agentes a única condição adequada de realizar-se historicamente, dado o projeto de vida social que pretendia o médico".

Portanto, nos serviços públicos de saúde, o trabalho médico encontrou limites nas condições concretas de sua organização social. Junto com a modalidade institucionalizada de prestação de cuidados à saúde surgiram questionamentos sobre as possibilidades de realizar o trabalho com qualidade, em vista do paradoxo criado entre a liberdade de atuação pessoal do médico sobre o cotidiano da prática e as restrições devidas à estruturação de seu trabalho.

Esta questão permanece, até o presente momento, sem uma solução efetiva e abre caminhos para propostas diversas. Uma delas, busca articular os aspectos clínico e organizativo da atenção médica, através da combinação da autonomia do médico com a atribuição institucional de responsabilidades a ele.

Esta proposta reconhece que o trabalho em saúde, para ser eficaz e resolutivo, depende de certo grau de autonomia dos agentes responsáveis pelas ações de saúde, desde que acompanhada de algum controle institucional, para que os interesses corporativos e outros não prevaleçam sobre os da clientela. Não existe um modelo único de arranjo institucional no qual a combinação destes dois elementos contraditórios, liberdade e controle, seja possível, mas muitas possibilidades a serem construídas e contextualizadas localmente (CAMPOS, 1997).

Neste estudo, a instituição é representada pelas unidades básicas de saúde, sob gestão municipal, constituindo um espaço de trabalho multiprofissional, orientado pelas diretrizes políticas do SUS, que definem e conformam um modelo assistencial centrado no profissional médico. A finalidade principal destes serviços é oferecer cuidados de saúde resolutivos, em nível primário de complexidade com universalidade e equidade. O embate entre a concepção de direito à saúde e a falta de priorização da saúde no nível das políticas públicas vai definir a existência ou escassez de certos meios de trabalho, instalações e tipo de clientela.

Neste cenário político-institucional o médico atua e se reconhece como sujeito pertencente a uma categoria profissional, que almeja diferenciar-se socialmente dentro da equipe de trabalho da qual faz parte. A problematização do objeto deste estudo, a qualidade

da atenção pediátrica sob o ângulo da decisão médica, vai buscar identificar, na representação destes profissionais, elementos do cotidiano de seu trabalho que, ao serem articulados aos saberes operados pelo pediatra, sejam facilitadores ou obstaculizadores para a realização de um trabalho de boa qualidade.

### **3.3. DIMENSÃO INTERNA DO TRABALHO MÉDICO: A TÉCNICA, A SUBJETIVIDADE, A AUTONOMIA E A ÉTICA**

Recentemente, alguns autores vêm enfocando abordagens mais processuais das organizações de saúde, trazendo a teoria do trabalho, originalmente concebida a partir do trabalho industrial, para o campo da saúde. Nela, a pessoa humana torna-se um agente como se fosse um instrumento da ação do trabalho.

HABERMAS (1994) discute a teoria do processo de trabalho, reconhecendo-lhe uma dupla especificidade, como ação produtiva, dentro da racionalidade dirigida a fins dados, e como ação comunicativa, o trabalho como interação social.

Para ele, o trabalho enquanto ação racional compreende uma ação instrumental, uma escolha racional ou uma combinação de ambas. A primeira orienta-se por regras técnicas que se baseiam em um saber empírico e envolve a organização de meios para a manipulação da realidade. Já a segunda, orienta-se por estratégias baseadas em um saber analítico e envolve "deduções de regras de preferências", tratando-se assim de um processo valorativo das possíveis alternativas de comportamento (HABERMAS, 1994).

O trabalho, enquanto ação comunicativa, é uma interação simbolicamente mediada e orientada segundo normas sociais que definem as expectativas recíprocas de comportamento e precisam ser compreendidas e reconhecidas, pelo menos, por dois sujeitos agentes. Além disso, elas são reforçadas por sanções, objetivam-se através da comunicação lingüística cotidiana e sua validade funda-se na intersubjetividade.

No trabalho institucionalizado, as ações são, ao mesmo tempo, norteadas segundo expectativas de comportamento, sancionadas e recíprocas, permitindo identificá-lhes o caráter de externalidade aos sujeitos, como se abordou anteriormente. Mas também regulam-se por modelos de ação instrumental ou estratégica, próprios da dimensão interna de cada tipo de trabalho.

Alguns autores transpuseram estes conceitos para o campo da saúde e definiram o trabalho médico como tecnologia na medida em que envolve não apenas um saber (Ciência), mas um saber de operação (Tecnologia). O saber operante projeta o modo de executar o trabalho, direcionando a aplicação da ciência. É anterior à técnica, porém não externo a ela. Quanto mais complexas as técnicas, maior o volume de conhecimentos necessários para operá-las. Assim, com o surgimento de técnicas complexas da moderna tecnologia instrumental, este conhecimento cresceu e diversificou-se, configurando um saber teórico, um conhecimento de natureza técnica. Conseqüentemente, conhecimento científico (Ciência) e saber técnico (Tecnologia) unificaram-se, tanto no âmbito da produção científica, quanto na esfera da intervenção técnica cotidiana (SCHRAIBER, 1995; SCHRAIBER & NEMES, 1996). Neste processo, a técnica revestida de ciência, passou a ser valorizada como conhecimento legítimo e exclusivo, marginalizando outros tipos de saber.

Na ação produtiva, além do saber operante, identifica-se o saber prático, ligado à experiência, possibilitando que o saber tecnológico seja testado e enriquecido. Assim, é possível ao trabalhador em saúde, detentor destes dois saberes, não ser apenas seu mero aplicador mecânico, mas realizar uma prática rotineira reflexiva, criando diferentes possibilidades de ação, necessárias para refazer o conhecimento teórico. Desta maneira, o profissional "reinterpreta a ciência para o caso, e articula o social concreto nas possibilidades científicas", ou seja, o saber é recriado no ato do trabalho (SCHRAIBER, 1996; SCHRAIBER *et al*, 1999).

A dimensão comunicativa do processo de trabalho em saúde pressupõe sua realização sob determinadas relações sociais (processo de produção), estando o sujeito presente em distintos momentos desse processo, em relação com seu objeto, meios/tecnologias e fins. Ela permite recuperar o agente das práticas de saúde como sujeito que interage comunicativamente com outros sujeitos portadores de necessidades de saúde e que responde a estas. Além disso, a interação como ação comunicativa possibilita aos diversos profissionais envolvidos nos cuidados à saúde o reconhecimento mútuo de autoridades, saberes e autonomias técnicas. Através dos sujeitos em ação e em comunicação, valoriza-se a interação social e a intersubjetividade na explicitação de

conflitos e na busca de entendimento. Neste aspecto, ressalta-se a natureza ético-política da técnica e do trabalho (PAIM, 1999).

A aplicação de conceitos da teoria do trabalho e o reconhecimento da natureza peculiar do trabalho médico possibilitam analisar a dimensão interna da prática deste profissional.

São parte desta peculiaridade o modo como médicos, pacientes e muitos outros sujeitos reconhecem a necessidade de sua liberdade para atuar; o aspecto exclusivo da relação interindividual e privada que o médico estabelece com seu paciente; e a valorização da cientificidade dessa prática, levando à criação de rotinas e mecanizações que, em princípio, contrapõem-se às duas primeiras características.

Assim, se, por um lado, a técnica implica repetição de atos na aplicação do conhecimento científico, levando a intervenção médica a ser sempre igual, o trabalho intelectual de decisão pessoal do médico diante de cada caso, qualifica-o como singular e único, sem perder seu caráter técnico-científico.

Com relação a isto, SCHRAIBER (1995) afirma: "Essa aplicação, portanto, não se dá de maneira direta ou imediata a partir da ciência estabelecida, senão mediante um re-ajustamento do conhecimento científico quanto à particularidade de cada caso examinado".

Assim, quando o conhecimento científico e tecnológico não é exato, como ocorre na área da saúde, especificamente com a atenção médica, o saber prático mostra os ajustes clínicos dos casos à norma geral esperada e a intervenção médica realiza-se de modo individualizado, envolve juízo subjetivo e complexas decisões de caráter pessoal, produzindo conhecimento novo. Seu acúmulo, a chamada dimensão empírica da medicina, conforma um saber especial, a experiência clínica, que permite os ajustes clínicos dos casos ou de cada caso à norma geral esperada. Na atualidade, este saber encontra-se sistematizado e estudado cientificamente, como na medicina baseada em evidências.

Estes ajustes minimizam o efeito das incertezas dos fenômenos vitais que não podem ser totalmente previstos (SCHRAIBER, 1995; SCHRAIBER & NEMES, 1996; SCHRAIBER *et al.*, 1999). Articulando o conhecimento científico com o prático, a

utilização da experiência clínica promoveu a inserção da cientificidade na forma interindividual de praticar a intervenção e sedimentou a consulta privada e particular como o modo adequado de trabalhar e, ainda, ampliou as bases de efetivação da autonomia profissional.

Estabelece-se, assim, uma polaridade entre a objetividade técnico-científica e a subjetividade do ato médico, colocando-o na tensa situação de independência (liberdade absoluta) e subordinação (liberdade relativa) com relação à Ciência e possibilitando-lhe mover-se de uma a outra condição continuamente. É justamente aí que se situam as dimensões de ciência e arte reconhecidas na prática médica (SCHRAIBER, 1995; SCHRAIBER & NEMES, 1996).

Podemos, assim, dizer que a profissão médica é um "misto de arte e técnica", sendo que "a arte reside, pois, nessa capacidade de aplicar o técnico-científico sob preceitos 'corretos' de comportamento pessoal," ... "de elaborar uma tecnologia do 'afetivo' no técnico" (SCHRAIBER, 1993). Dessa forma, a arte é muitas vezes tomada por humanismo, atribuindo-lhe competências que ultrapassam a técnica e se apóiam no dom (que é natural e não se adquire). A presença da subjetividade no técnico reside em nível simbólico no aspecto afetivo. Entretanto, o que ela significa é o julgamento do médico para realizar intervenções. A estruturação do trabalho médico coloca arte e ciência convivendo intimamente, criando forte dependência de seu agente, que ocupa posição central no processo de trabalho. Desta forma, particularizar, exercitar a subjetividade, estabelecer as próprias regras de decisão e os limites de sua intervenção fazem parte de seu trabalho.

A medicina, ao conquistar o monopólio do saber e da prática sobre o corpo humano, ampliou seu campo de competência, produzindo uma profunda medicalização e 'tecnologização' da doença. A intervenção sobre esta exige várias mediações de aproximação para sua transformação. Assim, é preciso reconhecer na doença, experiência socialmente determinada, a necessidade socialmente estabelecida de intervenção, tomando-se por referência um conhecimento sobre alterações patológicas do corpo, correlatas àquele sofrer (SCHRAIBER & NEMES, 1996).

A tradução do sofrer experimentado pelo indivíduo em sofrer de um corpo patologicamente alterado é que permite identificar na medicina a necessidade e adequação de uma intervenção voltada para restabelecer socialmente o indivíduo. Neste trajeto, o médico move-se, intelectual e tecnicamente, do plano coletivo-social para o natural-individual e vice-versa. Ou seja, ao mover-se do plano da normatividade e normalidade social para o plano patológico do corpo alterado, a necessidade e a intervenção se constituem, respectivamente, como origem e fim da ação curadora.

Para operar estas mediações, o ato de intervenção deve conformar-se, portanto, à ordem científica e societária, o que demanda autonomia técnica do profissional, que será o mentor, organizador, operador e avalista do ato técnico. Assim, esta forma de trabalho, altamente complexo, subjetivo e centrado no médico, fortalece sua atuação como sujeito social e possibilita-lhe apropriar-se e ter o domínio exclusivo de todas as fases de seu processo de trabalho, criando uma desigualdade na relação interindividual médico-paciente, na qual o médico não vê o outro igualmente como sujeito social.

Isto ocorre também nas relações entre médicos e outros profissionais de saúde e entre médicos de diferentes especialidades. Neste caso, conforme observam SCHRAIBER & NEMES (1996), "a autonomia técnica promove autonomias hierárquicas no plano institucional", dificultando as diversas formas de controle sobre o trabalho médico, propostas por instâncias administrativo-gerenciais do trabalhador coletivo, na busca de "submeter à sua supervisão e controle cada trabalhador individual".

Verifica-se, deste modo, que a reorganização social da produção dos serviços médicos, que deu origem à medicina tecnológica, definida como "trabalho especializado e incorporador de equipamentos materiais" (SCHRAIBER, 1993), e constituiu o trabalhador médico coletivo, promoveu novas estratificações no trabalho, formando equipes institucionais e redispôs a autonomia no interior da prática, que foi progressivamente se estruturando sobre bases impessoais e objetivas.

A reorientação do ato técnico, através da incorporação progressiva de equipamentos, buscou objetivar os juízos que suportam a decisão pessoal do médico e conferiu maior transparência à decisão e à técnica, tornando-as públicas. A interação médico-paciente passou de interindividual e privada a coletiva e impessoal e adquiriu aparência mais científica (SCHRAIBER, 1995).

Em seu estudo sobre relações entre a tecnologia e a organização social da prática médica, SCHRAIBER (1993), SCHRAIBER (1995) considera que a redução da autonomia profissional foi apenas aparente e mostra que a incorporação tecnológica representou, na verdade, uma preservação da autonomia dos médicos no trabalho. A maior utilização de recursos tecnológicos representou uma readaptação do ato técnico e uma reorientação dos espaços de seu exercício, mas que se manteve perpassada pelas decisões e procedimentos, buscando preservar espaços nos quais a base mais pessoal pôde ainda ser mantida, através da anamnese e do exame físico, norteadores do uso da tecnologia. O que de fato ocorreu foram transformações que mudaram as bases de apoio da realização do sujeito no processo de trabalho.

Um desdobramento que a incorporação tecnológica de equipamentos trouxe para o trabalho médico foi sua maior transparência, pois demanda a utilização de critérios explícitos e, muitas vezes, padronizados. É necessário ressaltar que, nas representações destes profissionais, a ênfase no aspecto científico do ato médico é concebida como algo positivo, entretanto sua maior transparência é vista como perda.

Para a categoria médica, a autonomia representa seu maior valor e sua defesa evidencia uma disposição de luta técnico-política pela preservação de privilégios sociais que, juntamente com o monopólio corporativo da prática, permite a elitização destes trabalhadores e a manutenção de sua autoridade técnico-científica. Assim, pode-se dizer, que preservar a autonomia é uma estratégia de poder para disciplinar a vida social (SCHRAIBER, 1995).

CAMPOS (1988) discute a autonomia médica não como um atributo de seu trabalho, mas como uma forma específica de inserção profissional no mercado de trabalho, que decorre da necessidade de adaptação do tradicional liberalismo médico ao capitalismo moderno. Trata-se de uma alternativa possível e viável de sobrevivência da pequena produção de serviços, na medida em que ao depender de financiamentos, fornecimentos de clientela, submete o pequeno produtor a um maior controle, que não é incompatível com a racionalização/modernização da assistência médica encontrada no capitalismo a partir de determinado estágio de desenvolvimento...(CAMPOS, 1988).

O autor acrescenta que, enquanto o trabalho liberal é uma forma em declínio e residual nos dias atuais, o assalariamento e a autonomia constituem modalidades dominantes de inserção dos médicos no mercado de trabalho.

Parece que de ambos os modos, seja como um valor que possibilita à categoria médica ser reconhecida socialmente pela via da técnica, seja como um ajuste que tal categoria entende como necessário para se adaptar às modificações colocadas pelas novas relações de trabalho trazidas pelo capitalismo moderno, a autonomia permite a este grupo profissional delimitar seu espaço de privilégios sociais.

Em decorrência das peculiaridades do trabalho médico: centralidade do agente, monopólio de saber e prática e autonomia, este profissional situou-se como sujeito exclusivo de seu trabalho, elitizou-se com relação aos demais trabalhadores de saúde e organizou-se corporativamente. Esta organização torna-se uma estrutura excludente, fechada e pouco capaz de desenvolver uma relação dialógica com a sociedade, levando à não adesão da categoria médica ao projeto da Reforma Sanitária e do SUS (MACHADO, 1996).

Para manter uma prática autônoma, o médico necessita de uma disciplina de comportamentos, materializada pelo código de ética, que normatiza condutas morais que precedem e têm primazia sobre o caráter técnico da prática. Tal código legitima a autoridade do médico perante seu paciente, já que veicula valores construídos em sociedade. Ao permear a relação médico-paciente, o código de ética torna-se ferramenta técnica do trabalho e adquire valor tecnológico.

Atualmente, nota-se uma crise que decorre da dissociação entre estes dois aspectos consubstanciais do trabalho médico, a técnica e a ética (SCHRAIBER & NEMES, 1996). O trabalho médico, anteriormente subordinado à dimensão pessoal do cuidado, valorizava e usava mais a anamnese e o exame físico do que os recursos diagnósticos subsidiários. Já a medicina tecnológica, ao separar a dimensão técnica da dimensão humana da prática, produz a diminuição da base pessoal e o aumento da base tecnológica da ação médica, levando "a técnica moral-dependente" a reestruturar-se em nova intervenção (SCHRAIBER, 1993).

Nesta, a moral é que lhe será subordinada (moral técnica-dependente), transmutando seus antigos valores: do rigor moral na ação e código ético bem estruturado para a perícia técnica e a habilidade instrumental; do dom ou vocação do homem na profissão para os equipamentos e medicamentos e seus "dons", enaltecendo a inovação tecnológica; da autoridade fundada no conhecimento científico, mas precedido pelo conhecimento humanístico, para a autoridade do saber complexo do conhecimento especializado... (SCHRAIBER, 1995).

Além de constituir ferramenta técnica de trabalho, a ética vem sendo usada pela corrente neoliberal da categoria para dar legitimidade a um determinado tipo de propriedade privada, consultórios e cooperativas, em detrimento de outros, que caracterizariam a mercantilização da medicina. "O discurso da ética médica encobria, justificava, escondia a defesa do interesse corporativo do médico; embora a nível de retórica, sempre se fizesse referência ao paciente e a seu bem-estar" (CAMPOS, 1988).

Assim, o uso da ética como um código neutro, expressão de valores que transcendem todas as ideologias, constituindo-se num critério supremo, absoluto de julgamento, ignora o fato de que ela também tem sua história vinculada a um período em que o médico era um profissional liberal, sendo seu texto a regulamentação deste tipo de atividade. Recentemente, o movimento médico vem reescrevendo o código em função de novas relações de trabalho e da dissociação entre o cuidado técnico e o humano que vem alterando as relações intersubjetivas, nas quais o outro se situa na esfera impessoal da instituição (CAMPOS, 1988; SCHRAIBER, 1995).

A identificação destas características do trabalho médico aponta alguns elementos possíveis de problematizarem a discussão sobre qualidade da atenção médica.

A compreensão da intervenção médica não apenas como uma questão de escolha técnica definida pelo conhecimento científico, mas como expressão de valores éticos e políticos que inscrevem o profissional na normatividade social, traz dificuldades para o estabelecimento de critérios de boa qualidade na atenção e coloca o médico como agente central da operação da qualidade.

Corroboram neste sentido outras peculiaridades de seu trabalho tais como a necessidade de preservar a singularidade na relação com seu paciente, a operação de um saber prático construído individual e exclusivamente por ele (experiência clínica), a subjetividade presente nos juízos que realiza, a complexidade das decisões pessoais que toma e, conseqüente a isto, a presença da ética como ferramenta técnica do trabalho.

Assim, os critérios usados para avaliar a adequação do trabalho médico perpassam a centralidade do sujeito e a intencionalidade que move o profissional, revelando as origens históricas do trabalho e como o agir técnico se conecta às necessidades e finalidades sociais.

A tentativa de superar a tensão entre o posicionamento do médico como sujeito do trabalho e sujeito exclusivo do trabalho, oferecendo novas possibilidades de construção de processos de trabalho nos quais a autonomia do médico tenha sua contrapartida no compromisso e na responsabilidade, demanda a construção de indicadores de qualidade que valorizem atributos pessoais, tais como a responsabilização, o vínculo, o resgate da ética, o respeito, a dedicação, a disponibilidade, a atenção.

Além da forte presença do sujeito, os critérios de avaliação do trabalho médico precisam conceber as demais peculiaridades inerentes da prática, ou seja, a incerteza, a subjetividade e a singularidade, como elementos que qualificam a atenção, resgatando e inserindo dentro das práticas de saúde o caráter humano, do qual elas vêm se afastando.

O reconhecimento das incertezas quanto aos fenômenos vitais e sua evolução, até certo ponto imprevisível, implica a existência de riscos nas intervenções médicas. Conseqüentemente, o risco precisa ser incorporado à definição de qualidade da atenção, podendo ser mensurado para auxiliar na tomada de decisões clínicas. A objetivação dos julgamentos pessoais e decisões arriscadas dos médicos pode ser obtida através da utilização de técnicas materiais de diagnóstico e terapêutica. Entretanto os equipamentos tecnológicos não substituem este profissional, a quem ainda cabe a decisão final sobre sua utilização.

Um indicador de qualidade da atenção médica pode ser o uso ponderado da tecnologia, flexibilizado individualmente e contextualizado dentro dos limites oferecidos pelos distintos serviços de saúde, porém sem perder de perspectiva a lógica que deve orientar o trabalho, centrada no paciente e seu bem-estar.

Finalmente, as mesmas tensões que ocorrem na prática médica entre autonomia e técnica científica ou autonomia e interdependência no trabalho organizado coletivamente, revelam-se no âmbito da avaliação, criando dificuldades na elaboração de indicadores de qualidade que sejam absolutos e aplicáveis a distintas modalidades de trabalho médico.

### 3.4. O TRABALHO MÉDICO NO CENTRO DE SAÚDE: UM MODELO EM CONSTRUÇÃO

Situar a discussão sobre qualidade do trabalho médico no âmbito das unidades de saúde, privilegiando a porta do sistema, vem sendo uma tendência de pesquisas observada nos últimos anos nos campos do Planejamento, Administração de Serviços, nas Ciências Sociais e, conseqüentemente na Avaliação em Saúde. Esta perspectiva reflete o deslocamento de interesses dos processos macro para os micro-sociais, com destaque para a problemática dos sujeitos e suas interações, buscando revalorizar este nível de atuação profissional, geralmente desqualificado como exercício da profissão em saúde para os diversos profissionais que nele atuam (SÁ, 1999; SCHRAIBER et al, 1999).

Para atender às expectativas de consumo de nossa sociedade e respeitar os preceitos políticos e éticos da máxima distribuição da assistência à saúde como direito universal, com base na Reforma Sanitária brasileira, a reorganização do sistema de saúde reconstituiu uma rede ambulatorial de atenção à saúde, os centros de saúde, conformando um espaço de trabalho operado segundo um modo de prestação de serviços, denominado modelo assistencial.

O cumprimento de tal papel estratégico e modelar pela rede básica, porta de entrada do sistema, propõe a integração de ações individuais e coletivas, oferecendo assistência integral e resolutiva para os principais problemas de saúde e referenciando os casos mais complexos para os níveis secundário e terciário. Nota-se, assim, que a complexidade aqui mencionada refere-se à complexidade clínica e não ao processo de trabalho no centro de saúde.

Assim, uma característica deste tipo de serviço é o predomínio de situações simples do ponto de vista do saber clínico, que não necessitam de tecnologia de equipamentos mais complexa para fins diagnósticos e terapêuticos, podendo se apoiar em conhecimentos mais teóricos, mas que do ponto de vista assistencial, requerem uma intervenção, em termos de saber diagnosticar e tratar, tecnologicamente complexa. Portanto, implementar um atendimento integral que responda às necessidades expressas de adoecimento, contemplando aspectos físicos, emocionais e sociais; atuar sobre riscos de

adoecimento, implementando ações preventivas; integrar a assistência com a promoção da saúde, são processos bastante complexos que envolvem dificuldades na definição das necessidades de saúde e também nas ações pertinentes ao atendimento dessas necessidades (CAPOZZOLO, 1997; SCHRAIBER, 1999).

A constituição de uma rede de assistência diversificada quanto à incorporação de equipamentos e à especialização da prática implica um conjunto articulado e organizado de ações de saúde. O centro de saúde, local onde se dá preferencialmente o primeiro atendimento, possui os meios necessários para oferecer resolutividade para uma gama de problemas de saúde, chamados necessidades básicas. Estas incluem demandas sanitárias, objeto das ações tradicionais da saúde pública; demandas por ações clínicas envolvendo prevenção e tratamento de doenças epidêmicas, sob ação da vigilância epidemiológica; e demandas por ações tradicionais da clínica, até certo nível de complexidade patológica.

Quando a atenção médico-sanitária realizada no centro de saúde identifica demandas que estão além das necessidades básicas, propõe o encaminhamento para outros níveis hierárquicos do sistema. Tal aspecto define este espaço como captador de demandas de menor custo quanto à utilização de instrumental material e de ações especializadas, tornando-se uma estratégia de extensão de cobertura. Neste sentido, SCHRAIBER (1999) atribui ao centro de saúde o papel de propiciar tanto o aumento de cobertura assistencial do sistema como de sua viabilização tecnológica e financeira.

Estas características do centro de saúde trazem implicações para o exercício do trabalho dos médicos, que apontam para a presença da tecnologia de equipamentos como sinônimo de ‘medicina de boa qualidade’ e desqualificam a atuação neste nível, concebendo-a como ‘medicina da pobreza, intervenção sem saber ou sem ciência’, o que é ideologicamente interessante para os modelos assistenciais hegemônicos, hospitalares, concentradores desta tecnologia (SCHRAIBER *et al*, 1999).

A confluência de saberes oriundos de diversas disciplinas (Epidemiologia, Clínica, Sociologia, Antropologia, Psicologia, e outros) vem possibilitando a construção de tecnologias nos centros de saúde, instrumentalizando a atuação médico-sanitária. Tradicionalmente, o saber epidemiológico, privilegiando a saúde e a doença no coletivo, e o

saber clínico, cujo objeto é a doença no indivíduo, fundamentaram arranjos institucionais polares das atividades de saúde pública e de assistência, enfocando um ou outro objeto prioritariamente.

Até meados da década de 60, os modelos que organizavam as práticas de saúde, epidemiológico e médico-sanitário, eram centrados na Epidemiologia e no objeto de trabalho coletivo. A partir de então, com a necessidade de absorção da demanda espontânea de pacientes do INAMPS pelas unidades de saúde, constatou-se a falência deste modelo, o que provocou a incorporação da assistência médica individual, porém subordinada à idéia de ação programática (MENDES-GONÇALVES, 1994).

A organização dos serviços de saúde em modelos assistenciais como ações programáticas e de vigilância da saúde (VISAU), propiciou que as práticas de saúde, o processo de trabalho e o conjunto das relações sociais que o constituem internalizassem a racionalidade do planejamento.

No modelo programático, a racionalidade epidemiológica concebe a demanda por atenção médica individual como distorcida e a transforma numa atividade-meio, normatizada por referência às ações coletivas. Ou seja, a demanda espontânea é subordinada à demanda normatizada através de um conjunto de medidas que têm como objetivo incrementar a saúde da população como um todo e não apenas cuidar do sofrimento de quem está doente (CAPOZZOLO, 1997; MENDES-GONÇALVES, 1994). Com isto, desenvolveram-se mecanismos para dificultar o acesso espontâneo ao atendimento médico individual, pouco reconhecido como necessidade de saúde e demanda social legítima. Este tipo de organização dos serviços, apesar dos conflitos com os profissionais médicos, propôs o deslocamento do atendimento médico individual para o plano secundário, enfocando apenas conteúdos mínimos.

Atualmente, reconhece-se a insuficiência desta racionalidade para orientar a priorização e a definição de ações na prevenção e promoção da saúde, já que tende a não reconhecer a singularidade dos modos do adoecer humano.

A incorporação da assistência individual nas unidades de saúde e sua integração com as demais atividades desenvolvidas, possibilitou, além de responder às necessidades singulares do adoecimento, atuar em questões de promoção e prevenção, importantes não apenas para o indivíduo, como para o coletivo (CAPOZZOLO, 1997).

SCHRAIBER (1993) situa a qualidade do atendimento individual nos serviços justamente nesta possibilidade da expressão da singularidade e da subjetividade do adoecer em "transpor o coletivo no individual e o individual no coletivo".

O atendimento individual, assim, se constitui num momento privilegiado para diagnosticar e intervir sobre o processo saúde-doença individualmente e, dependendo da forma como o profissional médico o aborda, através da clínica, pode resultar uma intervenção socialmente importante no coletivo, resolutiva, não medicalizante, que busque a autonomia dos pacientes para lidar com sua saúde, ultrapassando os aspectos biológicos e incorporando os emocionais e sociais. O referencial passa assim a ser o homem, sujeito portador de necessidades e não apenas a doença biológica.

É o que diversos autores chamaram de prática clínica ampliada. Neste sentido, CAPOZZOLO (1997) afirma que "para a realização desta prática clínica ampliada, a escuta, o vínculo, a relação que o médico estabelece com o paciente na consulta são condições importantes, bem como a responsabilização do profissional pelo restabelecimento do paciente e o trabalho em equipe".

A incorporação de médicos de várias especialidades e de outros profissionais, formando as equipes de saúde possibilitou combinações de atividades e inovações em termos de práticas assistenciais. Assim estruturaram-se ações individuais e grupais e visitas domiciliares, enfocando o tratamento clínico, diagnóstico precoce, educação, vacinação e uma vasta gama de atividades, realizadas por distintos profissionais, cujos trabalhos se articulam no processo de atenção.

É no trabalho assistencial coletivo da equipe multiprofissional que se encontram as potencialidades de construção de modelos de intervenção norteados pela atenção integral à saúde.

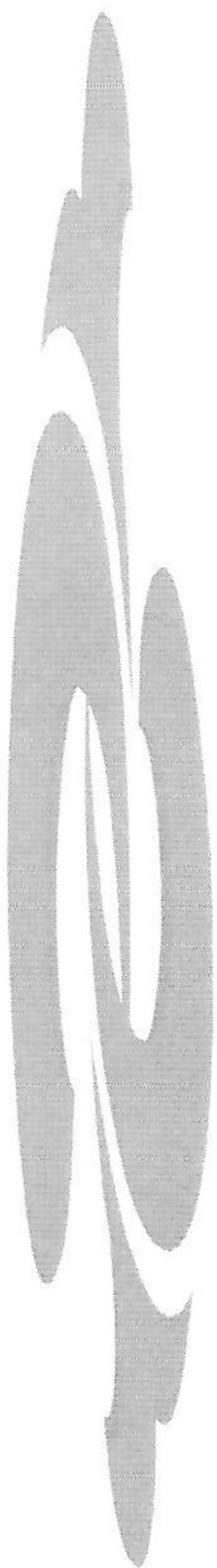
Na atualidade, verifica-se que a organização da prática médica ainda se encontra distante do modelo pretendido, sendo a prática hegemônica nas unidades de saúde do tipo queixa-conduta, que não tem como finalidade o diagnóstico da doença, mas a medicalização da queixa, sendo pouco resolutiva em termos de identificação de necessidades e intervenção tornando-se, portanto, geradora de mais demanda. Esta ausência de vínculos de interesses entre médicos e usuários, refletida na falta de compromisso com a qualidade da atenção chega às vezes a situações-limite, como a desassistência.

Para os segmentos da categoria médica que se identificam com o projeto do SUS, o caminho a ser construído passa por uma aliança com os usuários, promovendo uma nova ética de responsabilidade e de qualidade nos serviços de saúde, que reflita a saúde como uma função pública. Deste modo, o principal desafio para a prática médica é reconstruir seu projeto de realização profissional e pessoal em articulação com os interesses dos usuários (NETO, 1996).

O distanciamento entre a prática concreta e a idealizada nos leva a pensar no trabalho do médico nas unidades básicas de saúde ainda como um processo em construção. Sendo considerado o nível mais dinâmico do sistema de saúde, estes espaços organizados segundo uma lógica de modelo assistencial que se inscreve na política de saúde vigente, coloca possibilidades e limites para o exercício do trabalho médico. As primeiras resultam de sua atuação em um nível estratégico, a porta do sistema, articulada e integrada aos demais níveis, onde a proximidade com os usuários e suas condições concretas de existência permite realizar uma reflexão crítica sobre a qualidade de vida e da atenção prestada e suas conseqüências sobre a saúde-doença, em termos individuais e coletivos. Os últimos decorrem principalmente de conflitos entre o ideário profissional e as condições concretas de trabalho oferecidas por estes serviços.

No centro de saúde, um dos primeiros especialistas médicos a compôr a equipe de saúde foi o pediatra. Seu trabalho, submetido aos distintos direcionamentos das políticas de atenção à saúde, conformado em modelos assistenciais diversos e objeto de intervenções racionalizadoras do planejamento, consolidou-se dentro da equipe de saúde e, na atualidade, é reconhecido como tendo papel fundamental no cumprimento das finalidades deste serviço. A inserção da prática pediátrica nos centros de saúde juntamente com as

demais especialidades clínicas, equipara-as para partilharem dos mesmos determinantes que conformam o trabalho médico institucionalizado. Entretanto, ao ocupar-se de um objeto próprio, com características distintas dos objetos das demais especialidades, torna-a específica.



## ***4. O TRABALHO DO PEDIATRA***

#### 4.1. A PRÁTICA PEDIÁTRICA COMO ESPECIALIDADE E SEU OBJETO

Pensando a prática médica, emerge a questão da especificidade das especialidades médicas, ou seja, qual(is) elemento(s) confere(m) a cada especialidade sua característica fundamental que a distingue das demais, se fôr o caso.

O objeto de atuação da medicina em nosso meio, conformado historicamente a partir da clínica - corpos biológicos cujas doenças são definidas a partir de uma normatividade biológica e uma normalidade social - coloca em evidência o caráter teleológico da prática médica, voltada para restaurar funções orgânicas perdidas e atenuar desvios de comportamento, buscando a adaptação social e a reprodução da sociedade em seus aspectos estruturais.

Embora estes dois elementos, objeto e fins, ressaltem à primeira vista, eles não são suficientes para caracterizar a prática profissional, já que os agentes desta prática não podem ser concebidos dissociados de seus instrumentos materiais ou de suas técnicas que, numa dimensão mais ampla, relacionam-se com os interesses políticos e econômicos da sociedade.

Os três elementos constitutivos do trabalho médico, objeto, meio e fins, embora distintos, "iluminam-se reciprocamente" e adquirem significado a partir de sua posição relativa no processo de produção do trabalho (MENDES-GONÇALVES, 1984). A prática médica constitui-se em uma atividade subordinada ao fim que a motivou e, ao mesmo tempo discrimina no objeto as características que permitem cumprir tal finalidade. Estas características do objeto, por sua vez, definem um certo modo de apreendê-lo que se materializa nos meios, ou seja, instrumentos que conduzem tal aproximação. Assim, o objeto de trabalho não é dado naturalmente, mas duplamente determinado pela finalidade e pelos instrumentos, conformando-se dessa forma ao processo de trabalho.

Uma característica especial que marca o objeto é que ele é portador indissociável da própria necessidade que motivou o trabalho. O corpo humano doente ao ser tomado como objeto de trabalho médico modifica-se, passando de corpo humano doente do paciente para corpo humano doente do médico, e a necessidade inscrita no primeiro reaparece no segundo, elaborada enquanto objeto do trabalho médico.

Ao proceder a esta adaptação, o trabalho médico modifica um objeto natural. Entretanto a natureza deste objeto se impõe e, mesmo modificado, ele se mantém indissociável do portador da necessidade que o designou como objeto possível. Assim, o que entra no processo de trabalho é o indivíduo portador da necessidade, transformado apenas parcialmente em objeto, e não um objeto unilateralmente apropriado pelo trabalho

e deste processo resulta não apenas "um produto que deve corresponder às necessidades, mas também o portador de tais necessidades atendidas durante o processo" (MENDES-GONÇALVES, 1984).

Portanto, objeto e fim estão parcialmente embricados durante o processo de trabalho médico.

Uma peculiaridade do objeto de trabalho médico é que embora num primeiro momento se faça distinção entre objeto e necessidade, num outro, é preciso reconhecer a existência de uma identidade entre eles. Isso decorre do fato de que não é a necessidade de consumo que determina unilateralmente o processo de trabalho, mas o contrário, "o processo de trabalho em seu sentido social que determina a necessidade que o mantém, mas só o faz porque a repõe como necessidade satisfeita em seus próprios termos, segundo sua lógica" (MENDES-GONÇALVES, 1984). Assim, a necessidade é socialmente construída, e constitui o próprio objeto da prática médica e o motivo que leva os doentes até ela. Os desvios da normatividade e normalidade biológica que se apresentam sob a forma de necessidade, tornam-se desvios da normatividade e normalidade social e, como tal, expressam-se de modo diverso de acordo com a posição social de seus portadores.

A transformação do objeto da prática médica, de corpo doente em normatividade social, evidencia o caráter construído de seu objeto e de sua prática, remetendo-a para o conjunto organizado das demais práticas que se dão em sociedade, as quais têm papel de garantir sua estabilidade e reproduzi-la, tornando-se assim, político-ideológicas.

Portanto, o reconhecimento, por um lado, de uma separação entre objeto e indivíduo, dada pela natureza própria do objeto da prática médica, o corpo biológico, impondo seu funcionamento, seu ritmo natural, seus desvios e, por outro, de uma

identidade construída entre ambos, mediada socialmente, na qual o portador da necessidade reconhece-a como tal, mostra a tensão que marca o objeto sobre o qual a prática médica se dá.

Desse modo, parece que o elemento fundamental norteador da prática médica é o objeto que, ao ser recortado sob distintas racionalidades, demanda uma confluência de saberes oriundos de diversas áreas para sua compreensão, criando possibilidades de intervenção, através principalmente da Clínica.

A racionalidade que conduziu historicamente a constituição das distintas especialidades médicas foi a segmentação do corpo humano em sistemas, órgãos e eventos, diferentemente do que ocorreu com a Pediatria, cujo objeto foi demarcado pela delimitação de uma faixa etária e, ao contrário das demais especialidades médicas, esforçou-se por conservar a natureza unitária de seu objeto, a criança.

A Pediatria surgiu como especialidade médica no rastro de um processo histórico de transformações sociais, econômicas e políticas nas sociedades, que resultou em distintas concepções de criança e na constituição de um estatuto social específico, refletindo sua valorização e interesse crescentes por parte do Estado, da religião e da sociedade. *Pari passu*, o Estado instituiu políticas de proteção social, dentre elas a organização de serviços de atenção à criança, buscando conservá-la. Foi justamente através das práticas sociais, principalmente a prática médica e a pedagógica, que o estatuto viabilizou-se nas diversas sociedades (RIVORÊDO, 1996).

A conformação mais clara da visão social moderna de criança, conferindo-lhe identidade própria diferente do adulto, coincide com a emergência do capitalismo e a consolidação da burguesia como classe dominante. Esta identidade surgiu nas classes mais elevadas, sem estender-se de imediato às demais. A criança passou então a ser concebida como ser belo, puro, inocente por natureza, ou uma *tabula rasa*, um ser incompleto, uma miniatura de adulto que precisava ser disciplinada para tornar-se um adulto adaptado, produtivo e adequado ao modelo econômico que se constituía.

Dessa forma, as crianças, dependentes do mundo adulto, precisavam ser tuteladas, vigiadas, acompanhadas para tornarem-se crianças modelares e adultos burgueses normais. A família, e principalmente a mãe, assumiu esse papel, que foi reforçado pela Educação e pela Medicina, as quais justificaram ideologicamente as estratégias do convívio social, fornecendo racionalidade científica aos cuidados em relação à criança e ao corpo infantil que, expropriados das classes populares, passaram a ser dos especialistas, educadores e médicos.

Este contexto de preocupação com a socialização e conservação da saúde das crianças marcou a constituição da Puericultura, no final do século XIX, um campo autônomo de saberes e práticas oriundo de outras disciplinas, como a Higiene, Filosofia, Psicologia e, principalmente, a Pedagogia.

O desenvolvimento e a crescente legitimidade da Ciência Médica forneceram à Puericultura os elementos que necessitava para atingir seus propósitos: estabelecer e divulgar a melhor maneira de cuidar das crianças, buscando formar um certo modelo de adulto, saudável, feliz e adaptado à atividade produtiva da sociedade. Para tanto, a Puericultura tomou como objeto a consciência das pessoas, isto é, "as representações sobre a criança, desde seus atributos físicos e suas necessidades orgânicas, até os aspectos cognitivos e psíquicos" (MENDES, 1996). A transformação dessas representações possibilitou a construção de novo referencial com relação aos cuidados com as crianças, cientificamente embasado.

A constituição da Puericultura e da Pediatria propiciou um desenvolvimento da Medicina de crianças, "ao articular para o trabalho médico saberes e técnicas voltadas para a conservação da saúde da criança com os saberes e técnicas da clínica das doenças das crianças, constituindo uma especialidade médica" (MENDES, 1996).

A mentalidade coletiva a respeito das crianças, historicamente construída, e que persiste em graus variados nas sociedades contemporâneas, foi determinante na estruturação das práticas pediátricas. Concebidas como um devir, um não-cidadão, um ser incompleto e, portanto, desqualificado e dependente do adulto, as crianças foram tomadas como objeto da prática pediátrica, através de seus corpos, doentes ou saudáveis, possibilitando

o cumprimento de sua finalidade principal: o controle da socialização e a conservação da saúde. Por sua vez, a identificação destas peculiaridades no objeto, direcionaram o olhar do pediatra sobre ele, possibilitando a elaboração de instrumental, em parte fornecido pela Clínica, seus saberes e suas tecnologias, mas, também, construído especificamente dentro deste campo.

As características do objeto da Pediatria aqui destacadas não pretendem um detalhamento que dê conta de sua totalidade, esgotando-o enquanto possibilidade de análise. Apenas se busca identificar elementos que permitam especificar esta especialidade médica, subsidiando a compreensão do objeto deste estudo, a qualidade da atenção pediátrica.

Assim, o modelo de criança já mencionado, datado no tempo e conformado a partir de mitos, crenças e representações coletivas sobre crianças é idealizado, posto que esta criança a-histórica, uniforme e adulto em potencial, não existe enquanto tal.

A construção das necessidades em termos de saúde a partir destas representações coletivas sobre a criança e sobre o processo saúde-doença, coloca para a prática pediátrica um objeto que perdeu suas características naturais, representadas por uma determinada etapa da vida com peculiaridades biológicas, físicas e cognitivas, e que ainda não existe em uma concepção plena, mas como uma abstração, um devir.

Na conformação do objeto operam-se, assim, duas passagens mediadas pelas representações: do corpo biológico transmutado em corpo social e, deste, para corpo médico.

Assim, mesmo antes de ser transformado em objeto de trabalho médico, o corpo infantil já se desprende de suas conexões naturais e se tornou um objeto socialmente construído. Neste sentido, RIVORÊDO (1996) observa que a criança, ao ser objeto da prática médica, não surge como ela é, mas como "um fenômeno elaborado e representado pela cultura vigente e pelas mentalidades que lhe arrancam o caráter natural; no caso, mentalidades médicas" (RIVORÊDO, 1996).

Na relação entre a prática pediátrica e seu objeto de trabalho, é possível identificar algumas proposições feitas pela Pediatria que a tornou instrumento ideológico de reprodução da sociedade.

Dentre elas: a homogeneização do objeto, desconectado de sua realidade, possibilitou a utilização do discurso da neutralidade científica para embasar sua prática; a definição unilateral de necessidades para a criança, promoveu o afastamento entre o objeto e suas necessidades, já que apenas aquelas coincidentes com as necessidades postas pelo modo de produção vigente eram consideradas socialmente legítimas, no caso das sociedades capitalistas, a conservação do corpo para ser utilizado como força de trabalho; e, finalmente, a responsabilização da família pela superação de problemas advindos de sua inserção social, impossibilitando questionamentos a respeito da ordem estabelecida e modificação das condições concretas de vida.

A incompletude da criança é reforçada por outras características que lhe são comumente atribuídas, desqualificando-a, tais como dependência, fragilidade, vulnerabilidade. O desdobramento para a prática pediátrica é que qualquer aproximação do mundo das crianças só é possível através da presença de um intermediário, que se interpõe entre ela e o pediatra, como um leitor qualificado dos sinais que a criança emite ao vivenciar suas experiências. Nesta leitura, mesclam-se os sinais enviados pela criança e a interpretação que o adulto faz deles, sendo este produto novamente interpretado e traduzido pelo trabalho do pediatra como necessidade de saúde da criança. Em nossa sociedade, em geral, a pessoa designada como porta-voz das necessidades da criança é a mãe, a quem também são delegados seus cuidados. Na falta desta, sua substituição é feita por outro parente ou então pelo próprio Estado, representado pelas instituições de cuidados às crianças em situação extra-familiar.

A necessidade de um representante que se comunique com a Pediatria, no lugar da criança e não junto a ela independe da idade, evidenciando que as limitações cognitivas próprias do início da vida não são reconhecidas como fazendo parte da natureza das crianças, mas como incapacidade delas para se comunicarem e, que mesmo após adquirirem tal competência, elas ainda não são ouvidas. A situação de dependência do adulto silencia a criança não somente dentro do consultório pediátrico, mas também muitas vezes, em outros momentos de sua vida social, em casa, na escola etc.

Outro desdobramento que a delimitação do objeto da prática pediátrica a partir da idade traz, é justamente o período da vida do indivíduo sobre o qual ela atua, caracterizado como o mais dinâmico de um processo contínuo de modificações no desenvolvimento físico, neurológico e psicológico, e de aquisições fisiológicas e cognitivas. Diferentes aspectos que são peculiares às etapas precoces da vida, como a vulnerabilidade em termos fisiológicos, a capacidade limitada de comunicação verbal, são consideradas pela Pediatria como fragilidade e desqualificação, visto que o ‘padrão-ouro’ de comparação é o adulto. Nega-se, portanto, a natureza que lhe é própria.

O enfoque da Pediatria sobre o processo de desenvolvimento da criança demanda uma atuação longitudinal, resultando em duas conseqüências para a prática. A primeira delas é que, quanto mais se avança no sentido cronológico, menos incompleto seu objeto se torna, perdendo sua especificidade e aproximando a clínica pediátrica da clínica do adulto.

A outra diz respeito ao acompanhamento e intervenção sobre um objeto, mesmo quando este não manifesta desvios da normalidade biológica ou social. A ampliação do objeto de trabalho médico, incorporando a criança saudável, o coletivo e a própria vivência privada dos indivíduos em diferentes aspectos da vida social, trouxe repercussões sobre a prática pediátrica. Por um lado, demandou a elaboração de um instrumental que possibilitasse a constatação da ausência de doenças dentro dos parâmetros que a Clínica estabelece e do grau de risco a que cada criança está submetida. Com isto, o pediatra pôde compor um quadro de fatores de risco ou de proteção à saúde da criança, englobando saúde física, mental e integridade moral. Por outro, a ampliação das possibilidades de intervenção permitiu o estabelecimento de novas modalidades de prática que se inseriram em serviços de diversas naturezas, atuando sobre as novas necessidades socialmente postas às mães, famílias e educadores, e repondo-as a seu modo.

Uma peculiaridade da prática pediátrica é a natureza unitária das questões de saúde das crianças, exigindo da prática pediátrica uma visão integralizante de seu objeto. Assim a criança só pode ser concebida como um ser total, inteiro e, qualquer partição torna-se uma abstração.

Desse modo,

em seu nascimento, a Pediatria é forçosamente uma especialidade integradora: na integralidade com que concebe a criança, como corpo anátomo-fisiológico, inserido em uma família de tal ou qual condição sócio-econômica; na integralidade com que tenta articular conhecimentos das diversas especialidades, especificando-os com relação à criança; e na integralidade com que procura dispor o trabalho do médico pediatra em um processo de trabalho coletivo... (MENDES, 1996).

Esta peculiaridade provoca tensionamentos com a prática clínica de adultos, que se fundamenta na segmentação.

O processo atual de subespecialização que se verifica na Pediatria ocorre sob os mesmos determinantes que levaram à segmentação da Clínica Médica em distintas especialidades. Conforme observou RIVORÊDO (1996), este fato se deve ao processo de especialização da chamada Medicina Tecnológica que opera a partição do corpo infantil, afastando-se do caráter inteiro do objeto de sua prática, seguindo o mesmo caminho da Clínica, em virtude da pressão da realidade tecnológica, à qual a Medicina atrela sua lógica de trabalho.

Uma conseqüência deste processo é que, com a fragmentação do trabalho médico em diferentes subespecialidades, surgem novas tecnologias materiais e não-materiais de intervenção médica, dificultando seu domínio amplo por parte dos médicos e provocando a diminuição da resolutividade da Clínica Geral, de adultos e de crianças. Diante da constatação deste processo de esvaziamento e perda de eficácia das especialidades gerais, dentre elas a Pediatria, e de sua inevitabilidade, autores buscaram redefinir a abrangência e a responsabilidade do trabalho médico, através da proposição de dois conceitos operativos: o campo e o núcleo de competência. O campo de competência, mais geral e com contornos e limites menos precisos, inclui os principais saberes da especialidade-raiz, tendo um espaço de sobreposição de exercício profissional com outras especialidades. O núcleo de competência, mais específico e com limites bem precisos, incluindo as atribuições exclusivas da especialidade, justificando portanto sua existência como nova área. Para os autores, a constituição destes espaços seria fruto de negociações a partir de racionalidades técnicas e de interesses políticos e corporativos (CAMPOS, 1997).

Entretanto, ao tratar a questão da especialização sob a visão única da abrangência do saber e sua disputa dentro da categoria médica, deixa-se de considerá-la como um fenômeno vinculado às transformações no modo de produção da estrutura global, na qual a prática se insere, e cujo desdobramento mais evidente é a dupla alienação do trabalhador, pela perda da propriedade dos meios de produção e do domínio do saber sobre a execução do trabalho global, passando o médico a dominar apenas o saber necessário para realizar o trabalho parcelar dentro do processo produtivo (MENDES, 1996).

A segmentação da Pediatria em subespecialidades é fato recente, diversamente do ocorreu com a Clínica Médica, e se dá justamente num momento em que ganha vigor o debate originado da constatação das insuficiências do modelo proposto pela Medicina para atender às necessidades de seu objeto, fragmentado e descontextualizado de sua realidade socioeconômico-cultural. Esta crítica vem permeando as propostas de reorganização da Clínica Médica e da Pediatria em sua busca atual de novos modelos que possibilitem a recomposição de seu objeto e provocando o enfrentamento das duas tendências, de especialização e de integração, cada qual tentando tornar-se hegemônica.

Por isso entende-se a tentativa de encontrar dentro da Medicina possíveis soluções para esta questão complexa e cujos determinantes são externos a ela.

Algumas das características aqui apontadas sobre o objeto da Pediatria especificam o campo de atuação do pediatra e podem fornecer elementos para aprofundar a compreensão do objeto proposto deste estudo.

Pode-se dizer que, da forma como a prática pediátrica vem ocorrendo, as especificidades de seu objeto escapam à visão médica pediátrica, e as prerrogativas para a criança são reduzidas ao fim para elas pretendido (RIVORÊDO, 1996). Assim, desta confusão entre objeto e fim, o que resulta é o desaparecimento total ou parcial do objeto ou, no mínimo, o distanciamento entre a Pediatria e a criança e suas necessidades.

A qualidade do trabalho em Pediatria pode passar pela redefinição do objeto de sua prática, a criança, através do reconhecimento de sua natureza própria (biológica e social) enquanto ser caracterizado por um ritmo vital acelerado e pela aquisição de funções

que lhe possibilitam adaptar-se ao ambiente físico no qual vive e sofre agressões. Um ser pleno em suas capacidades, dada sua fase de desenvolvimento, que adquire marca própria como sujeito que vivencia ativamente diferentes aspectos de sua vida social, na família, escola, como alguém que já é, e não um devir.

Para tanto, é necessário reconstruir os instrumentos necessários à apreensão do objeto, estabelecendo uma comunicação efetiva entre a Pediatria e as crianças e suas necessidades. Tornar a relação entre esta especialidade e seus pacientes menos dissimétrica, possibilitar a criação de espaços de diálogo, onde criança e sua família sejam ouvidos e possam expressar sua dor, seu sofrimento, sua angústia, através da linguagem verbal ou outra, de acordo com as características cognitivas próprias de cada faixa etária, são algumas iniciativas para promover esta aproximação.

A formação de competências propiciando ao pediatra manipular os instrumentos necessários ao estabelecimento de diálogo com a criança pode qualificar seu trabalho. Neste sentido, torna-se fundamental conhecer as diferentes mediações simbólicas que a criança utiliza em sua comunicação com o mundo adulto e dominar tal instrumental oferecido por outras disciplinas, principalmente a Psicologia e a Pedagogia. Portanto, a formação multidisciplinar do pediatra pode facilitar uma melhor qualidade na atenção pediátrica, dentro desta ótica.

A comunicação entre o pediatra e a criança precisa extrapolar o âmbito da consulta médica e envolver os espaços cotidianos onde a criança convive e se relaciona com a família e com as instituições, tais como escolas, creches, orfanatos, serviços de saúde. O desenvolvimento de instrumentos que possibilitem que a criança seja tomada de modo integrado com o ambiente, a família e a sociedade pode constituir a clínica pediátrica ampliada, modelo de intervenção em saúde que busca resgatar a integralidade na abordagem do objeto.

Assim, a aproximação entre a Pediatria e o seu objeto não pode prescindir da reconstrução de instrumentos que são primordialmente tecnologias não-materiais. A busca da qualidade da atenção, através das decisões médicas, deve passar pela redistribuição de saberes, técnicas e intervenções, aliada à sensibilidade na sua utilização no lidar com o paciente.

Portanto, a qualidade da atenção pediátrica, pensada enquanto processo de trabalho sob controle exclusivo do próprio pediatra, independe, até certo ponto, do serviço de saúde onde a atenção ocorre. Entretanto, a possibilidade de exercer esta especialidade em diferentes esquemas de organização de serviços assistenciais vincula-se diretamente ao cumprimento das finalidades dos serviços e à possibilidade que estes oferecem para a realização dos projetos profissionais que a categoria médica idealizou para si.

#### 4.2. A PRÁTICA PEDIÁTRICA NOS CENTROS DE SAÚDE

A institucionalização da Pediatria em nosso país ocorreu atrelada ao desenvolvimento da estrutura médico-sanitária, promovendo a inserção da prática pediátrica nos centros de saúde. Obedecendo a determinantes situados no nível macro-social, onde ocorrem os enfrentamentos que definem as políticas sociais voltadas para a criança, dentre elas a de saúde, a estruturação da rede básica implementou, ao longo das últimas décadas, distintos modelos tecno-assistenciais para atender às crianças e suas necessidades de saúde, socialmente postas e afinadas com o modelo de desenvolvimento econômico e social de nosso país. Assim, as finalidades da atenção definem *a priori* a disponibilidade dos meios necessários ao cumprimento da missão institucional, viabilizando um certo tipo de atenção à criança.

Dessa forma, o centro de saúde foi situado estrategicamente como entrada para o sistema de saúde, e seus recursos organizados para efetivar, ao menos em parte, os preceitos constitucionais de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade, a partir dos quais o modelo assistencial de atenção à criança foi organizado. Sua proposta é oferecer atenção integral à criança e ao adolescente, sadios ou doentes, através de uma equipe de saúde multidisciplinar, visando atender tanto as necessidades sentidas pelas crianças e suas famílias quanto as definidas epidemiologicamente. Embora tal modelo proponha diversas ações de saúde como consultas individuais e em grupo, visitas domiciliares, atendimentos e procedimentos de enfermagem, o que se verifica é a centralidade da consulta médica pediátrica individual, destacada como modalidade preferencial de atenção.

Parte significativa da prática pediátrica nos centros de saúde envolve situações assistencialmente muito complexas, apesar de serem patologias fáceis de intervir da perspectiva científica ou mesmo não serem patologias, como o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança. Portanto, para lidar com a normalidade e suas variações, além das patologias mais prevalentes na infância, os pediatras que trabalham na rede básica não necessitam dispor de equipamentos mais sofisticados *in loco*, mas em serviços de retaguarda preparados para receber encaminhamentos e investigar as patologias de maior complexidade clínica.

O distanciamento entre o pediatra do centro de saúde e a maior concentração de equipamentos sofisticados confronta-se com seu ideário, que valoriza a atuação do médico na medida em que ela seja embasada pela racionalidade científica, materializada no uso intensivo desta tecnologia.

A construção de tal representação decorre do processo de divisão técnica da prática pediátrica que, por sua vez, resultou da utilização de tecnologias materiais e não-materiais progressivamente complexas operadas segundo o recorte de seu objeto e a finalidade de seu trabalho, promovendo um processo de divisão hierárquica, de acordo com a capacidade de cada profissional de incorporar estas tecnologias, principalmente as materiais. Como o pediatra que atua no centro de saúde não dispõe de tecnologias materiais mais sofisticadas, sua prática é vista como sendo menos qualificada do que a dos especialistas que atuam nos centros de referência ambulatoriais ou hospitalares.

A complexidade assistencial refere-se a certas características da clientela ou do serviço de saúde que dificultam o contato entre ambos. Dentre as primeiras, estão as dificuldades decorrentes da baixa inserção socioeconômica da clientela usuária do centro de saúde, repercutindo sobre suas condições de vida e, conseqüentemente sobre seu perfil de morbi-mortalidade. Trata-se justamente de usuários de baixo nível de escolaridade, com dificuldades de comunicar-se com a equipe de saúde, cujo acesso ao serviço é freqüentemente negado e com muitas limitações para efetivarem o tratamento proposto. Dentre as características do serviço que obstaculizam a atenção pediátrica estão a insuficiência qualitativa e quantitativa de profissionais das diversas especialidades médicas e dos diferentes profissionais que compõem a equipe de saúde, o processo de trabalho

fragmentado e isolado, as limitações da retaguarda de especialidades e de exames mais complexos, as dificuldades gerenciais do centro de saúde e outras.

O pediatra necessita identificar estas situações no cotidiano de seu trabalho e saber que podem dificultar ou até inviabilizar suas intervenções, mesmo as mais simples do ponto de vista clínico. Desenvolver estratégias para tentar superá-las qualifica a atenção pediátrica.

Além da questão da complexidade assistencial, outro aspecto que torna peculiar o trabalho do pediatra no centro de saúde, refere-se ao objeto da prática pediátrica ampliada, a criança e sua família.

Assim, a prática pediátrica aplicando-se a uma etapa da vida de maior vulnerabilidade para adoecer deve incorporar a identificação de riscos e a prevenção, realizando ações para evitar morbidades quando possível. Desse modo, a qualidade da atenção passa pela compreensão dos determinantes do processo saúde-doença, identificação daqueles que atuam de modo preponderante nas diferentes faixas etárias e articulação entre os conhecimentos clínico e epidemiológico, possibilitando ao pediatra realizar ações curativas e preventivas de forma integrada e efetiva. A presença destes elementos, permeando o processo decisório do pediatra, qualifica sua atuação de promoção e manutenção da saúde da criança e do adolescente.

Para que o acompanhamento de crianças e adolescentes pelos serviços de saúde se efetive, principalmente em situações em que elas se encontram sadias, é necessário que a mãe compreenda as propostas que a Pediatria tem para a criança. Dois elementos vão possibilitar esta aproximação: o acolhimento que mãe e filho recebem dos serviços em seu todo e dos profissionais individualmente e a criação de vínculo entre ambos, serviço e paciente ou profissional e paciente. Aqui, a qualidade vai se dar com a facilitação do acesso e com o estabelecimento de vínculo entre serviço e usuário, sem que necessariamente o serviço seja representado pelo pediatra, mas por uma equipe que sirva de referência toda vez que a atenção for buscada. Assim, o fortalecimento da equipe de saúde, com a participação do pediatra, é um elemento central para a qualidade da atenção.

Outra característica do objeto de atuação do trabalho pediátrico, sua natureza unitária, demanda integralidade das ações de saúde. Para viabilizá-la no centro de saúde, o pediatra necessita não apenas ampliar o objeto de sua prática pediátrica, mas garantir o acesso a todos os recursos tecnológicos disponíveis no sistema de saúde, em seus diferentes níveis de complexidade. Além disso, o próprio seguimento clínico do paciente, ao longo de vários anos como ocorre na Pediatria, é uma estratégia que pode promover a integralidade da atenção, uma vez que esta proximidade facilita a compreensão de como os fatores de risco e proteção à saúde atuam na singularidade de cada paciente.

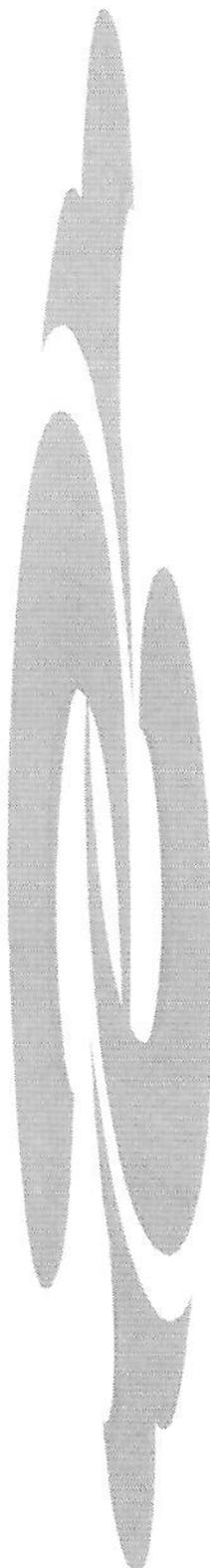
Um elemento que a prática pediátrica no centro de saúde incorporou tradicionalmente foram as ações educativas. Seu papel primordial é promover uma aproximação entre as necessidades definidas a partir do conhecimento epidemiológico e as que motivam o paciente a buscar atenção médica, as chamadas necessidades sentidas. No caso da Pediatria, a proposta de realizar o seguimento clínico da criança sadia, denominada de Pediatria Preventiva ou Puericultura, precisa ser compreendida pela mãe, já que muitas vezes ela não identifica tal necessidade de atenção à saúde. As atividades educativas podem corroborar neste sentido, através de atividades individuais ou em grupo, esclarecendo às mães o embasamento clínico ou epidemiológico de tais propostas.

As atividades de educação em saúde não se limitam à criança sadia, mas permeiam toda a prática pediátrica, assim como toda a prática médica. A despeito de seu caráter disciplinador, são elementos importantes de qualquer intervenção em saúde e, se atuarem para promover a autonomia dos pacientes e estimular sua participação ativa no processo terapêutico, podem qualificá-la.

Assim, a prática pediátrica nos centros de saúde é conformada a partir de um certo modelo assistencial proposto para atender à premissa de que a criança e o adolescente são sujeitos portadores de direitos, sendo o Estado o principal responsável para viabilizá-los. Entretanto, no atual momento de funcionamento do SUS, torna-se necessário reconhecer que esta aquisição é parcial, já que as políticas públicas vêm se mostrando incapazes de atenuar as conseqüências do modelo econômico vigente sobre as condições de vida e de saúde dos indivíduos e, principalmente, das crianças. Dessa forma, as ações implementadas, de fato, na rede de saúde, são constituídas, primordialmente, por

prioridades assistenciais denominadas ações básicas de saúde, quais sejam, incentivo ao aleitamento materno, imunização, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, controle das infecções respiratórias agudas e das doenças diarreicas. Voltam-se assim para certas patologias e populações em detrimento de outras, são norteadas pelo enfoque de risco e visam primordialmente combater a mortalidade infantil, não incorporando a determinação social do processo saúde-doença e a necessidade de ampliação da assistência até a adolescência. Desse modo, o modelo de atenção caracteriza-se por ser excludente e confronta-se com os preceitos ditados pelo SUS.

Apesar das dificuldades advindas do modelo que se viabiliza, alguns elementos referentes à micropolítica dos processos de trabalho em saúde podem atuar para que a atenção prestada adquira qualidade. Dentre eles, os processos decisórios.



## ***5. O PROCESSO DE DECISÃO MÉDICA***

## 5.1. DECISÃO E PECULIARIDADES DO TRABALHO MÉDICO

O processo de incorporação tecnológica preservou para o médico o papel de 'tomador' de decisões em sua relação com o paciente, residindo nisto sua autonomia. O julgamento e o raciocínio clínico, atos exclusivamente médicos, embasam o processo decisório, tornando evidente que a autonomia técnica está relacionada com a autonomia no lidar com o saber científico.

Entretanto, a valorização da cientificidade, tanto por parte do médico quanto da sociedade, é tensionada ao encontrar outra peculiaridade da prática médica, o fato de se dar numa relação interindividual e exclusiva. Nesta, a aplicação direta do conhecimento torna-se inadequada para lidar com a singularidade de cada caso, demandando a realização de ajustes individuais, ou seja, o envolvimento de juízo subjetivo.

O aspecto da atuação profissional que busca adequar o componente científico às individualidades, é o componente artístico do trabalho médico. A combinação de ambos, técnica e arte, conforma o chamado componente operativo-decisório, ou seja, as escolhas racionais que o médico realiza no cotidiano de seu trabalho quando toma decisões clínicas. Esta relação entre os três componentes da técnica do trabalho médico é observada por CAPOZZOLO (1997): "A tensão entre a objetividade da ciência e a aplicabilidade da técnica individualizada em cada caso é a arte que orienta a intervenção e o momento operativo é aquele que combina ciência e arte na tomada de decisão".

O debate a respeito da predominância do aspecto científico ou subjetivo na prática médica permanece na atualidade, evidenciando que o conflito ultrapassa o campo epistemológico e se situa no ideológico, onde não há solução fácil, única ou desinteressada.

Os autores que afirmam haver predominância da subjetividade sobre a cientificidade na prática médica, remetem às várias etapas do processo diagnóstico e terapêutico para explicar como isto se dá. Para eles, a decisão do trabalho médico envolve interpretação da queixa do doente, que inclui necessariamente a subjetividade do intérprete quanto à seleção dos sinais e sintomas e à valorização de determinados aspectos que vão compor o quadro da doença. Assim, a técnica ou o uso do saber científico tem momentos de

subjetividade na decisão, já que representam uma leitura própria que o médico faz das referências científicas, além do que, a ciência apresenta lacunas em explicar o processo social do adoecimento e o próprio organismo humano (RIBEIRO, 1995; CAPOZZOLO, 1997).

Mesmo aspectos aparentemente mais objetivos da prática, os exames subsidiários, também estão sujeitos à interpretação subjetiva do profissional e para o mesmo diagnóstico há diferentes terapêuticas, considerando a individualidade de cada paciente.

Autores que acreditam na cientificidade exclusiva da prática médica e na neutralidade das decisões clínicas, desconsideram o fato do médico ser um sujeito em relação, portador de sentimentos, valores, interesses e identificações que se expressam na relação com o paciente, dificultando ou facilitando a aplicação de seus conhecimentos científicos para o restabelecimento do paciente. Conseqüentemente, esse olhar médico, voltado para excluir patologias, muitas vezes não consegue explicar de acordo com seu raciocínio, os sintomas relacionados aos aspectos psicológicos e subjetivos dos pacientes, que expressam sua real necessidade de atenção.

A investigação diagnóstica, acompanhando este raciocínio, utiliza uma exploração extensa, através de exames subsidiários. Esta tentativa de objetivar a demanda do indivíduo nem sempre resulta num diagnóstico preciso, por não se encaixar em nenhum quadro nosológico conhecido.

Contribui ainda, neste sentido, o desconhecimento dos aspectos que moldam a prática profissional e o não reconhecimento do social como parte integrante da técnica, impedindo que os médicos busquem uma reestruturação da relação médico-paciente, com a presença mais efetiva do doente no processo decisório.

Além disso, as estratégias de geração de demandas e de orientações práticas utilizadas pelos produtores de equipamentos e insumos, atuam no dia a dia, numa dimensão externa à prática médica e influenciam suas decisões. Assim, estes profissionais também atuam como grupos de interesses ao tomarem suas decisões técnicas no processo de trabalho (CAPOZZOLO, 1997).

A literatura a respeito da tomada de decisões clínicas traz inúmeros exemplos de variabilidade na prática médica que não pode ser explicada pelo saber clínico. Entretanto, a ausência de fundamentação científica nestes casos, ao invés de possibilitar o reconhecimento da influência de elementos exteriores à técnica como inerentes à prática, discutem-na como falha, defeito que precisa ser solucionado através da cientificização das decisões, como ocorre com a medicina baseada em evidências.

A concepção de que a presença da subjetividade na prática médica indica falha, apaga a existência de sujeitos que interagem neste encontro e promove uma mecanização artificial do ato médico.

Além disso, a pretensão dos profissionais de realizarem uma prática 'científica' e 'neutra' impede-os de reconhecer a relação da 'arte' com concepções ideológicas, morais e éticas, e explicam-na como uma característica própria do profissional, que ele naturalmente desenvolve com a vivência, a experiência da prática clínica. Dificilmente se reconhece que a "arte" se deve à habilidade do profissional em lidar com os aspectos subjetivos de sua prática que permeiam a relação médico-paciente.

Uma das formas através das quais os médicos tentam objetivar sua prática e negar a influência de aspectos não científicos sobre ela é a reafirmação do caráter lógico do raciocínio clínico. Cada vez mais, busca-se métodos científicos que auxiliem na tomada de decisão clínica.

## **5.2. DECISÃO MÉDICA: LÓGICA E CIENTIFICIDADE**

A necessidade de melhorar a tomada de decisão clínica é reconhecida atualmente dentro do contexto de reformulações dos sistemas de saúde que muitos países vêm realizando, norteados por questões político-econômicas e pela busca da maior eficiência e qualidade da atenção.

As propostas de reforma na educação médica, através do ensino baseado em problemas, do enfoque multidisciplinar na atenção, da inserção do ensino na comunidade e da medicina baseada em evidências, além da educação continuada, são consideradas estratégicas na melhoria da tomada de decisão clínica.

Compreender os aspectos determinantes do comportamento médico, particularmente na forma de decidir sobre a investigação, o tratamento e o encaminhamento de seus pacientes, é objeto de pesquisa bastante atual e campo de muita polêmica. As controvérsias dizem respeito às possibilidades de se modificar o comportamento do médico (ALLERY, OWEN, ROBLING, 1997; POSES, 1999), às estratégias para tal (GRIMSHAW & RUSSELL, 1993; DAVIS *et al*, 1995) e aos elementos que interferem primordialmente em suas decisões (ARMSTRONG, REYBURN, JONES, 1999; ALLERY *et al*, 1997).

Os fatores que afetam as decisões clínicas e seus resultados são complexos. Atributos do paciente, como características socioeconômicas, circunstâncias culturais e preferências pessoais; do médico, como conhecimento, experiências e valores; do sistema de saúde cujas modificações rápidas influenciam a disponibilidade, acessibilidade e custos de exames diagnósticos e terapias (COOK, MULROW, HAYNES, 1997; SMYTH, 1998), são os mais freqüentemente citados.

Partindo da premissa de que o processo decisório é eminentemente científico, diversas ferramentas, como o teorema de Bayes, o fluxograma de decisão e a análise de decisão vêm sendo aplicadas tanto ao cuidado do paciente individual quanto aos programas de saúde pública com a finalidade de ajudar profissionais de saúde a entenderem as bases quantitativas sobre as quais são tomadas decisões clínicas.

O teorema de Bayes é uma fórmula estatística utilizada para calcular os valores preditivos positivos a partir da sensibilidade, especificidade de testes diagnósticos de determinada doença e de sua prevalência (JEKEL, ELMORE, KATZ, 1999).

O fluxograma enfatiza a abordagem lógica da tomada de decisão entre diversas alternativas que se apresentam num dado momento do cuidado individual ou na instituição de programas coletivos de atenção, dando uma racionalidade matemática à escolha do tipo de dados que devem ser incluídos na tomada de decisão, à seqüência das decisões e aos valores pessoais (especialmente dos pacientes) a serem considerados. Os resultados são colocados em termos da possível evolução do paciente para cada decisão tomada.

A análise de decisão fundamenta-se pelas comparações das utilidades esperadas (combinação linear de produtos da probabilidade e da utilidade, ou seja, valor ou importância, de cada resultado daquela alternativa) em cada alternativa de decisão (POSES, 1999). Atualmente, há programas de computador que realizam a análise de decisão, muitos já em uso na clínica médica e mais recentemente em saúde pública.

Os elementos comuns às teorias que fundamentam os modelos de decisão são: identificação de opções de decisão, identificação de possíveis resultados destas opções, julgamento das probabilidades destes resultados, avaliação do valor destes resultados e a combinação destas informações para a tomada de decisão. Problemas podem ocorrer em qualquer destes componentes e ainda quando o médico considera fatores ‘externos’ à sua prática, como pressões administrativas, restrições financeiras.

O julgamento de probabilidades é o elemento central em todos os modelos de decisão. Vários estudos mostram que os médicos baseiam suas decisões sobre o uso de certas drogas em seu julgamento da probabilidade de resultados relevantes. Entretanto, há evidências que apontam dificuldades dos médicos em realizar julgamentos diagnósticos ou prognósticos e, conseqüentemente, de resultados de terapias. As causas destas dificuldades são sistematizadas como “bias” que interferem sobre os modelos mentais de realizar julgamentos: “bias” de valorações clínicas (julgar a possibilidade de um resultado de acordo com sua importância clínica), de ego (crença de que os resultados de seu grupo ou instituição é melhor do que a média, levando a ilusão de controle sobre eventos futuros), de superconfiança (julgamento baseado excessivamente na certeza), pseudodiagnósticos (colocação de peso excessivo nos resultados de exames e desconsiderando probabilidades anteriores de julgamento) e de ilusão de validade (tendência em desconsiderar a informação contrária ao resultado que se acredita que vá ocorrer). Outros fatores que podem interferir sobre julgamentos são memória (recordação preferencial de casos que chamaram a atenção por sua evolução não usual ou bizarra), crenças calcadas em questões de mercado de consumo, como o chamado falso ídolo da tecnologia (quanto mais elaborado, invasivo e caro for o procedimento/tratamento, melhor) levando os indivíduos a estabelecerem uma relação direta entre preço e qualidade (recebe-se por aquilo que se paga) (POSES, 1999).

No campo da Psicologia, a teoria comportamental preconiza que o aperfeiçoamento dos processos de julgamento e decisões é passível de aprendizado através de intervenções pedagógicas, com o objetivo de corrigir problemas cognitivos que levaram ao comportamento inadequado, ensinando princípios de raciocínio, estatística e probabilidade (ERAKER & POLITSER, 1982).

Entretanto, estudos baseados nesta teoria falharam em mostrar o sucesso das intervenções sobre as modificações de comportamento pretendidas (POSES, 1999), uma vez que não abordaram elementos fundamentais que moldam a prática ao longo da vida profissional. O impacto de distintas estratégias como a educação (ALLERY *et al*, 1997; DAVIS *et al*, 1995) e os protocolos clínicos (GRIMSHAW & RUSSELL, 1993) evidenciou a influência parcial de cada um deles e a necessidade de se considerar outros elementos, tais como uma compreensão mais abrangente sobre o contexto onde a prática médica ocorre, na construção de intervenções mais efetivas.

POSES (1999) afirma que o comportamento só se modifica mediante constatação de inadequação do comportamento atual e através de argumentação lógica baseada em evidências. Porém, o autor critica a forma como é avaliado o comportamento, de modo indireto, através de dados de utilização de serviços de saúde, o que não é apropriado, devido aos múltiplos determinantes que interferem neste indicador. Sugere que a proposição de estratégias diagnósticas apropriadas deve ser precedida pela identificação de razões que levam tanto ao desempenho inadequado quanto às resistências em modificá-lo.

Nos últimos anos, a Medicina Baseada em Evidências (MBE) passou a ocupar prestígio e reconhecimento crescente nas sociedades científicas mundiais, como um instrumento de valiosa aplicação nas áreas clínica, científica e de planejamento de serviços.

SACKETT *et al* (1996) a define como "a utilização explícita, conscienciosa e judiciosa da melhor evidência disponível na tomada de decisões acerca dos cuidados com pacientes individuais". Alguns autores reconhecem sua extensão a cuidados de grupos (LEITE, 1999).

A MBE é praticada através da integração de dois tipos de conhecimento: um construído na prática médica, a experiência clínica que, ao considerar dificuldades, valores e preferências dos pacientes na tomada de decisões clínicas, fornece-lhe a individualização;

o outro, oriundo da chamada ‘melhor evidência’ clínica externa disponível nas revisões sistemáticas, é construído com a utilização do método científico, especialmente pesquisa clínica voltada para investigar a acurácia e precisão de métodos diagnósticos, o poder de marcadores prognósticos e a eficácia e segurança de medidas terapêuticas, reabilitadoras e preventivas. A MBE preconiza que os dois conhecimentos complementam-se na prática médica, fornecendo-lhe a base científica e a individualização (LOPES, 1991; SACKETT *et al*, 1996; LEITE, 1999).

Desta forma, ao fundar um de seus pilares sobre a experiência clínica individual, a MBE legitima a tomada de decisão do médico diante de seus pacientes e mantém intacto o maior valor que a categoria médica defende em sua prática profissional, a autonomia.

Um dos desdobramentos mais importantes que a MBE trouxe para a formação e prática médicas foi a valorização da metodologia científica e da pesquisa clínica, como instrumentos de uso para a aquisição de conhecimentos. Diversos parâmetros da epidemiologia, como medidas de risco, de associação, de validade, eram pouco abordados na escolas médicas, não sendo considerados fundamentais no exercício da prática clínica. A utilização de ensaios clínicos randomizados e revisões sistemáticas como padrão-ouro para formar a ‘melhor evidência científica’ modificou esta situação. Na concepção da MBE, estes conhecimentos oriundos da pesquisa científica aliados à experiência clínica possibilitam aos médicos melhorar a eficácia de suas intervenções (LEITE, 1999).

As revisões sistemáticas, alicerces da MBE, são investigações científicas com método planejado que reúne estudos originais como seu objeto. Elas sintetizam os resultados de múltiplas investigações primárias usando estratégias que limitam erros sistemáticos (viéses) e aleatórios e incluem uma busca extensa de todos os artigos potencialmente relevantes e o uso de critérios explícitos, reproduzíveis na seleção dos artigos para serem avaliados. Os desenhos da pesquisa e as características do estudo são apreciados, os dados sintetizados e os resultados interpretados. O sumário dos resultados (qualitativo) é chamado de revisão sistemática e sua combinação estatística (quantitativa), metanálise (COOK *et al*, 1997; SMYTH, 1998).

Para os defensores da MBE o modelo de ensino tradicional das escolas médicas é o maior responsável pela existência de tal falha na prática médica, pois introduz vícios na análise dos resultados do cuidado à saúde (COOK *et al*, 1997; LEITE, 1999). Estes autores reiteram que o processo de análise das evidências demanda um conjunto de novos conhecimentos e habilidades para o médico, capacitando-o para adquirir autonomia no julgamento crítico da qualidade das informações disponíveis e, assim, diminuindo as incertezas de suas decisões clínicas (LEITE, 1999).

Além de promover o desenvolvimento de novas habilidades e competências nos profissionais, outra finalidade da MBE é produzir normatizações de prática clínica (“clinical practice guidelines”). As normatizações, também chamadas de protocolos ou consensos, são declarações sistematicamente desenvolvidas voltadas para auxiliar médicos e pacientes nas decisões sobre atenção à saúde apropriada, em circunstâncias clínicas específicas. As normatizações baseadas em evidências baseiam-se em revisões sistemáticas da literatura, adaptadas para circunstâncias e valores locais (COOK *et al*, 1997; LEITE, 1999).

A crítica mais contundente que se faz à MBE é justamente a formatação do processo decisório dentro de parâmetros estritamente científicos, introduzindo a concepção de que a existência de variabilidade na prática profissional é algo indesejável, sinônimo de prática não científica, baseada em observações empíricas, sem o controle de variáveis que podem intervir nos resultados. Desse modo, a subjetividade e a incerteza não são compreendidas como elementos inerentes à prática médica, mas problemas passíveis de serem corrigidos por ação pedagógica, a qual possibilita à prática o resgate de seu caráter eminentemente científico, retirando-lhe a interferência dos sujeitos.

Para responder a elas, COOK *et al* (1997) ressaltam que as revisões sistemáticas são instrumentos, podendo auxiliar, mas não substituir o raciocínio clínico.

Em relação a esta discussão, torna-se necessário resgatar o fato de que os médicos raciocinam sobre pacientes individuais baseando-se na analogia, experiência, heurística e teoria e não apenas na evidência de pesquisa. Sua aplicação de modo acrítico, como uma receita a ser seguida, não se adequa às peculiaridades da prática médica, na qual a incerteza, a subjetividade, a intuição, a experiência são elementos fundamentais presentes nas decisões médicas.

Portanto, a compreensão da complexa estrutura da tomada de decisão demanda uma apreciação dos modos pelos quais o conhecimento, as habilidades, os valores pessoais e a evidência de pesquisa são integrados em cada encontro do médico com o paciente e articulados com elementos que são peculiares ao trabalho médico, tais como a incerteza e a subjetividade.

Além disso, o processo decisório necessita ser contextualizado, considerando as características da instituição e da clientela, possibilitando que as intervenções médicas propostas tornem-se exeqüíveis. Um dos aspectos mais relevantes a serem considerados na atualidade é o custo do cuidado à saúde.



## ***6. RACIONALIZAÇÃO DA ATENÇÃO MÉDICA***

## 6.1. A ECONOMIA DA SAÚDE: RACIONALIZAÇÃO OU EXCLUSÃO?

Após a Segunda Grande Guerra, a valorização da noção de direitos humanos e de igualdade, veiculada por organismos internacionais, influenciou na postulação da saúde como um direito humano fundamental. Sua inserção na constituição de diversos países trouxe como principais implicações os preceitos da universalidade e equidade e a obrigação do Estado, principal forma de organização de nossa sociedade, em garanti-lo. Portanto, a viabilização deste direito demandou uma forte intervenção do Estado como provedor e financiador de serviços.

Esses princípios foram traduzidos de diversas maneiras nos distintos países que construíram seus sistemas de saúde até que, na década de 70, a crise econômica levou à crise do Estado do Bem Estar Social e à reformulação dos sistemas de atenção.

Esta constatação permite observar que o *status* de direito não torna a saúde invulnerável às conjunturas econômicas, políticas e sócio culturais e sugere que a compreensão dos direitos sociais coloca-se não como algo ideal que paira sobre as demais atividades sociais, tanto privadas como estatais, mas que depende das circunstâncias que perpassam o conjunto da sociedade.

O reconhecimento da vinculação entre organização, direitos e políticas sociais em seus aspectos macro e micro estruturais é fundamental. Desse ponto de vista, a saúde passa a ser entendida em sua relação com o modo de produção material, sujeita a influências conjunturais, refletindo e reproduzindo as desigualdades que existem dentro das sociedades.

Assim, explica-se porque nas duas últimas décadas as políticas sociais, dentre elas a de saúde, sofreram grandes modificações, fomentadas pelas mudanças nas relações econômicas e políticas em nível mundial.

Na gênese das transformações está o domínio que os aspectos financeiros adquiriram sobre outros fatores que produzem a acumulação de capital, provocando um reordenamento supranacional do capitalismo, gerado pela mobilização do capital através das fronteiras nacionais, a chamada globalização. Além da acumulação de grandes

excedentes de liquidez e da liberação generalizada dos controles ao capital, a transformação tecnológica na informática e nas comunicações, permitindo a circulação do capital financeiro livre de regulação, foram aspectos determinantes sobre o fenômeno da globalização.

Nos EUA, país que liderou este processo, as mudanças iniciaram-se nos anos 40, com o intuito de promover o desenvolvimento sustentado da economia mundial não comunista.

Estas transformações, entretanto, não ocorreram sem dificuldades e, nos anos 70 e 80, diversas crises abalaram o sistema econômico mundial, produzindo inflação, endividamento e recessão, principalmente nos países subdesenvolvidos.

O debate em torno do esgotamento do “welfare state”, colocando em cheque os mecanismos usados para o controle e direcionamento dos desenvolvimentos econômico e social, no qual historicamente o papel dos Estados nacionais foi preponderante, justificou a criação de um ideário que passou a identificar no Estado o grande responsável pelas instabilidades econômicas, devido a sua ineficiência no manejo de empresas produtivas (petroleiras, siderúrgicas, etc) e de serviços (comunicações, transportes) e pelos crescentes gastos sociais (saúde, educação e seguridade social). O enfrentamento deste cenário tem como resultado a contração do gasto público e o controle da expansão monetária (TRIART, MERHY, WAITZKIN, 2000).

O paradigma neoliberal norteador destes ajustes expandiu-se nos países desenvolvidos e passou a exercer grande influência sobre os do terceiro mundo, apregoando a superioridade do mercado como mecanismo de alocação de recursos, o lugar central do indivíduo na sociedade, ao invés de suas organizações, a prioridade da liberdade de escolher bens e serviços para serem consumidos e a diferenciação dos indivíduos, em detrimento da igualdade.

As políticas de ajuste adotadas pelos países pobres, como resposta à crise econômica mundial, conduziram, nos anos 90, à aceitação das políticas impostas pelos organismos internacionais de crédito (FMI, BID, Banco Mundial) que implicaram o super-

endividamento, a abertura da economia aos capitais e à produção internacionais, a reestruturação do Estado via privatizações (produção e serviços) e a diminuição de gastos (em áreas sociais).

As conseqüências foram o endividamento e a queda no crescimento econômico, aumentando o desemprego, com profundas repercussões para o setor social (IRIART, LEONE, TESTA, 1995; IRIART *et al*, 2000).

No âmbito sanitário, aceitou-se os projetos de reforma do setor, impostos pelos organismos internacionais de crédito, especialmente o Banco Mundial, como forma de garantir os empréstimos que permitiriam financiar a crise aguda dos serviços estatais e da seguridade social nos países latino-americanos.

As propostas implementadas para modernizar os sistemas de atenção à saúde buscaram reduzir o gasto público, através do saneamento de suas finanças, compreendendo a des-regulação e a privatização dos mercados e a redução do tamanho e papel do Estado. Abriu-se o mercado e instalou-se a competitividade empresarial (IRIART *et al*, 1995).

A saúde deixou de ter um caráter de direito universal e ser responsabilidade do Estado, para converter-se em um bem de mercado que os indivíduos devem adquirir. IRIART *et al* (2000) consideram que a transformação da saúde, de bem público em privado, operou uma mudança fundamental em termos de construção de um senso comum. Colaboraram nesse sentido os discursos elaborados acerca da reforma setorial aliados às experiências negativas que a população vivenciava no acesso aos serviços de saúde e em outras áreas da vida coletiva. Assim, a população foi, aos poucos, apropriando-se irrefletidamente dos discursos oficiais que colocavam a necessidade de modificações no papel do Estado para resolver a crise.

O enxugamento do aparelho estatal inchado e ineficiente, através das privatizações e os ajustes econômicos orientados pelos pressupostos do livre mercado foram estratégicos para viabilizar este projeto político-social ideologicamente construído para atender aos interesses do capital internacional.

Os efeitos destas políticas de ajuste sobre o quadro econômico e social dos países latino-americanos foram devastadores, aumentando as desigualdades nas duas últimas décadas e minando a confiabilidade e sustentação política dos governos. Conseqüentemente, ficou evidente justamente o oposto que o neoliberalismo apregoa, ou seja, que o desenvolvimento sustentado requer um Estado forte.

Apesar desta constatação, o projeto neoliberal produziu profundo impacto em todos os níveis da vida coletiva, mormente nos países cujos governos vincularam-se mais fortemente àquele projeto, criando a noção de que qualquer forma de direito social conquistado é privilégio que fere as regras do mercado.

Neste cenário, em que se confrontaram a conquista de direitos sociais e a proposição crescente das regras de mercado, os diversos países latino-americanos formularam modelos distintos de reforma da proteção social, tendo como princípios a busca da eficiência em um caso e o aumento da justiça social em outro.

No setor saúde, estas reformulações originaram duas configurações distintas: uma aproximando a gestão e o planejamento de serviços de saúde, públicos e privados, da economia, como no caso do Chile e Argentina, e outra, em direção estatizante, fundada na universalidade e equidade, como no Brasil. Embora diferentes em suas concepções iniciais, os resultados de ambos os modelos apontam para propostas de re-organização da gestão dos serviços de saúde na direção privatizante, atualmente em rápida difusão na América Latina (FLEURY, 1995).

Desse modo, está-se conformando uma oferta pública de serviços básicos de saúde, mínima e universalizada, que é complementada por serviços mais abrangentes e complexos, oferecidos via mercado privado apenas para aqueles que podem pagar. É o chamado sistema de saúde de ‘duas alças’ (“two-tier system of health care”).

No Brasil estas propostas ainda são incipientes, ocorrendo em diversos lugares como a experiência do PAS em São Paulo, a inserção de cooperativas médicas em hospitais públicos e propostas para privatizá-los.

A exigência do ajuste estrutural, juntamente com o diagnóstico do enorme custo da atenção à saúde foram os argumentos utilizados para justificar a necessidade de otimização dos recursos, sendo necessário fazer escolhas, definir prioridades, para se obter a melhor universalidade e equidade.

Por detrás desta racionalidade dominada pela lógica contábil, esconde-se uma questão ideológica, pois transfere o problema do âmbito político, altamente valorativo, para o técnico, aparentemente neutro. Ou seja, na medida em que acumulação e justiça social são valores excludentes, toda proposta de maximizar a última sem prejudicar a primeira conduz a mudanças apenas relativas no perfil das desigualdades existentes, sem aboli-las.

Desse modo, a dimensão política reflete escolhas e pactos realizados fora do setor saúde, quanto ao grau de desigualdade social que determinada sociedade consegue suportar. Assim, torna-se fundamental que as decisões de políticas que pressupõem a distribuição de cotas distintas de benefícios e sacrifícios entre os indivíduos de uma sociedade, sejam dissimuladas, minimizando os conflitos e assegurando a ordem social, através de procedimentos técnicos bem elaborados.

Um tema que vem ocupando espaço nos debates na atualidade é justamente o quanto esse processo de racionalização deve ser implícito ou explícito na formulação e implementação das políticas de saúde. Recentemente, verifica-se uma tendência em se construir indicadores e metodologias que explicitem a racionalização, porém de modo limitado e dentro de uma perspectiva utilitária da participação do usuário nas decisões sobre a política setorial (ALMEIDA, 2000).

Portanto, o debate em torno da racionalização deve ser ampliado e voltar-se tanto para os meios quanto para os fins a serem atingidos (no caso do setor saúde, o interesse público). Se a racionalidade dos meios existir por si, sem instrumentalizar a gerência, a gestão e a democratização dos serviços públicos, a reorganização do sistema visará o racionamento puro e simples. Neste sentido, TAVEIRA (1999) afirma ser necessário trabalhar a questão dos custos a partir de uma abordagem em que “a eficiência – ótica dos meios – esteja subordinada à eficácia - ótica dos fins, recuperando o sentido do projeto setorial ”.

Vale também ressaltar que nem todos os problemas de saúde são solucionados através de decisões intra-setoriais, mesmo que estas se dêem com ampla participação da sociedade, e mesmo que impliquem o aumento de recursos para o setor, uma vez que os determinantes da saúde-doença são resultantes de políticas geradas em outras áreas.

O problema da escassez de recursos para satisfazer todas as necessidades e demandas dos membros de uma sociedade não é recente, apenas sua agudização. Segundo ALMEIDA (2000), ele esteve presente no pensamento político e econômico durante séculos e, conforme já foi dito, intimamente atrelado à questão da manutenção da ordem social. O que é novo no debate atual é seu impacto sobre a questão ética, diante da impossibilidade de equilibrar a escassez de recursos, bastante acentuada nas últimas décadas, com a justiça social. Assim, a vinculação das políticas sociais ao cálculo econômico exacerbou o conflito entre valores.

Neste cenário internacional de crise, as propostas alternativas àquelas vinculadas ao direito de cidadania e aos princípios de universalidade e equidade produziram dilemas e impulsionaram o desenvolvimento de duas disciplinas nos últimos anos, a economia da saúde e a ética médica.

A Economia da Saúde importou do setor produtivo para o campo da saúde um enorme arsenal de indicadores visando estabelecer uma relação entre o impacto das diferentes intervenções e seus respectivos custos. Os diagnósticos formulados nessas bases passaram a subsidiar a direção e regulação do setor através de um gerenciamento empresarial, criando organizações com mecanismos de incentivos e sanções financeiras para os profissionais que nelas trabalham, limitando sua autonomia decisória diante de cada paciente individual.

A relação médico-paciente que, nos moldes da medicina tecnológica, deixou de ser um momento individual de encontro entre duas pessoas, para transformar-se em um ponto de intersecção entre um sistema de saúde e um indivíduo que busca seu serviço, adquiriu características de processo produtivo, sofrendo os efeitos das modificações no financiamento e na estrutura do sistema de saúde.

A principal repercussão sobre a ética médica é que seu objeto preferencial - a relação médico-paciente – passou a ser permeado pelos aspectos econômicos da atenção à saúde, transformando-se numa ferramenta monetarista, limitando-se a discutir, na maioria das vezes, como utilizar os escassos recursos disponíveis, com perda do referencial mais amplo do direito à saúde (KÜHN, 1997).

Neste sentido, BERLINGUER (1995) propõe que a ênfase do debate seja deslocada de dentro do setor saúde para a sociedade, buscando construir uma ética no estabelecimento de prioridades da saúde em relação a outras necessidades e demandas sociais.

Isto pressupõe uma interação complexa de múltiplas decisões em vários níveis dentro das organizações que compõem a sociedade, envolvendo uma variedade de perspectivas e uma pluralidade de interesses. Não havendo um conjunto auto-evidente de princípios éticos ou ferramentas analíticas para determinar quais decisões devem ser tomadas nos vários níveis, não há um modo fácil ou óbvio de resolver os conflitos a respeito de recursos (KLEIN, 1993).

Portanto, essa discussão intersetorial, transparente e explícita, envolve negociação política. Sendo assim, ela não vem ocorrendo na grande maioria dos países subdesenvolvidos, onde os efeitos dos ajustes econômicos criaram o imperativo de se incorporar a racionalidade econômica de forma contundente. Nestes países, incluindo-se o Brasil, prioridade passou a significar exclusividade de atenção.

Desse modo a racionalidade econômica vem cumprindo seu papel principal de instrumento de exclusão social no que diz respeito à conciliação de fins, muitas vezes opostos, como custos, qualidade, universalidade e equidade. Em outras palavras, a racionalidade técnica esconde a concretização de uma política de exclusões.

## 6.2. REFORMAR, RACIONALIZAR, RACIONAR: A ECONOMIA NO SETOR SAÚDE

Os altos custos da atenção à saúde têm sido atribuídos a diversas causas, principalmente: envelhecimento da população, custo crescente da tecnologia e maior demanda por assistência. As restrições dos organismos internacionais de crédito, dentro do contexto de crise econômica, impuseram uma redução brutal dos gastos públicos no Brasil (enquanto, em 1989, o gasto *per capita* em saúde foi de US\$ 81,43, em 1991 foi de apenas US\$ 54,33) e tornaram os custos uma variável central na tomada de decisão nos distintos níveis do setor saúde, desde o mais amplo, intersetorial, disputado por outras demandas de áreas sociais; um intermediário, envolvendo a gestão de recursos e serviços dentro do setor; um terceiro, micro, adentrando à própria prática médica na atenção a pacientes individuais, envolvendo médicos e administradores.

Conceitos anteriormente pertencentes com exclusividade à área da economia e da administração penetraram o campo da saúde e introduziram uma variedade terminológica, refletindo a força da temática. Estudos de intervenções em saúde usando análises de custo-efetividade, custo-utilidade, custo-benefício e outros indicadores essencialmente econômicos, são cada vez mais encontrados em revistas médicas. É a chamada Economia Clínica ou Economia da Saúde, cujo papel é assessorar processos decisórios com relação a estratégias alternativas nas organizações de saúde, estabelecendo correspondência entre custos e diferentes intervenções (CRAWFORD, 1997; HAYWARD *et al*, 1995; NORHEIM, 1999).

No Brasil, a influência desta vertente de pensamento sobre o campo da saúde tornou-se mais evidente a partir da década de 70, com o surgimento de publicações que analisavam as políticas de saúde e previdenciária sob a ótica dos gastos e formas de financiamento, além de questões relativas à intervenção estatal, ao longo do desenvolvimento do capitalismo brasileiro.

Na visão economicista, a competição em condições perfeitas de mercado é o melhor modo de selecionar a forma mais eficiente e efetiva de organização da produção de bens e serviços. Já os sociólogos que estudam as organizações reconhecem que, quando as

condições de mercado são imperfeitas, particularmente quando os custos e a qualidade de mercadorias e serviços são difíceis de medir, a competição não é um mecanismo efetivo para garantir a sobrevivência de produtos, mesmo que sejam de baixo custo e alta qualidade.

Assim, no mercado da saúde, a combinação ótima entre custo e qualidade através da competição é muito difícil de se obter, devido à grande dificuldade em se medir os custos e, principalmente, a qualidade da atenção à saúde, acrescida do fato de que o controle de custos em geral prevalece sobre a qualidade dos serviços prestados.

Alguns estudos sobre o “Medicare” americano exemplificam a pressão de empresas prestadoras de cuidados à saúde que, para tentar reduzir seus custos, procuram identificar e punir os provedores que super utilizam os serviços e dispõem muitos recursos. Porém, raramente encontra-se estudos que visem identificar provedores que usam os serviços insuficientemente, para promover a melhoria em seus padrões de atenção. Sabe-se que existe uma tendência a monitorar e orientar comportamentos sobre resultados que são mais fáceis de medir, no caso, os custos. Assim, os médicos ficam mais expostos ao falharem em atender aos padrões de custos do que em relação aos padrões de qualidade (MERRITT *et al*, 1997).

Diante da necessidade de reformar a atenção à saúde, os países que adotaram o sistema privado importaram modelos de grandes corporações industriais, em particular, aqueles que padronizam e formalizam a provisão de serviços, como o controle da qualidade total, a melhoria contínua de qualidade e outros.

Este gerenciamento empresarial introduz uma nova racionalidade administrativa visando obter maior eficiência, através do repasse do risco financeiro da atenção aos provedores, no caso, os médicos.

A prática da medicina passou a ser objeto de padronização e formalização em graus variados, recebendo designações como prática custo-efetiva ou mais explicitamente de racionamento da atenção médica, termos que refletem claramente a incorporação da variável custo à atenção médica.

As definições de racionamento na atenção à saúde, "recusa em pagar por um tratamento cujo benefício é conhecido, simplesmente devido a seu custo" (LARSON, 1999) ou "recusa de atenção à saúde potencialmente benéfica através de características organizacionais e financeiras do sistema de atenção à saúde" (NORHEIM, 1999), trouxeram dilemas para a prática clínica, sendo o principal deles o questionamento sobre a responsabilidade do médico: será ele responsável por racionar ou apenas racionalizar os recursos ao prestar cuidados de saúde?

Embora os médicos tradicionalmente autônomos vejam a padronização e formalização da tomada de decisão como uma ameaça, o contexto econômico vem impondo e justificando a necessidade desse controle como uma questão de sobrevivência corporativa.

Entretanto, tal sobrevivência pode implicar uma regulação brutal sobre a relação médico-paciente, sujeitando as decisões clínicas a esta racionalidade e produzindo mudanças fundamentais na prática médica, quais sejam a subordinação dos profissionais de saúde à lógica administrativo-financeiro e a redução da prática profissional independente, já que eles devem oferecer seus serviços às seguradoras ou outras organizações de atenção à saúde.

Nos países em que a reforma do sistema de saúde caminhou no sentido da estatização e da saúde como direito, as limitações à prática médica deram-se primordialmente pela via da institucionalização da assistência à saúde.

A escassez de recursos decorrente da falta de prioridade da atenção à saúde torna visível o paradoxo produzido pelo distanciamento entre a política oficial e a de fato implementada. Dessa forma, embora as reformulações dos sistemas de saúde público e privado tenham percorrido trajetórias totalmente distintas, constata-se que o resultado final sobre a prática médica vem sendo semelhante, implicando a diminuição de sua autonomia.

No caso do modelo privado de atenção, os médicos são os responsáveis diretos pela otimização, ou eventualmente, racionamento no uso dos recursos. No modelo público, as decisões que limitam a disponibilidade de recursos já foram tomadas de antemão, em

outros níveis decisórios, isentando os médicos, em parte, desta responsabilidade, mas, ao mesmo tempo, colocando-lhes para o cotidiano de trabalho dilemas técnicos e éticos cuja solução é geralmente difícil, tornando-se pessoal.

Neste sentido, KLEIN (1993) afirma que não há arranjo tecnológico, método científico ou método de investigação filosófica para determinar prioridades. Os três 'Es' - eticistas, economistas e epidemiólogos - todos têm idéias valiosas que contribuem para o debate sobre alocação de recursos e racionamento, embora nenhum deles tenha resolvido os dilemas colocados.

### **6.3. DECISÃO MÉDICA, QUALIDADE E CUSTO: UMA EQUAÇÃO DIFÍCIL**

Nos países industrializados, a tomada de decisões clínicas está sob escrutínio, produzindo pressões para a implementação de medidas visando o aperfeiçoamento de ambos, o processo pelo qual as decisões são tomadas e os dados nos quais elas se baseiam (HLATKY *et al*, 1990).

Estudos mostrando que as decisões médicas sobre os pacientes definem o destino de grandes quantias de dinheiro investidos no setor saúde (estima-se em 8% do PIB na Grã Bretanha e 15% nos EUA), possibilitam visualizar a dimensão da influência econômica e compreender porque a regulação da relação médico-paciente, especialmente das decisões médicas, faz parte das estratégias adotadas pelos países industrializados ocidentais no gerenciamento dos serviços de atenção, a tal ponto que se pode afirmar que “o êxito econômico das instituições de saúde depende cada vez mais do grau de influência que os critérios empresariais exercem sobre a relação médico-paciente” (KÜHN, 1997). Dentro desta lógica, quanto mais forte a regulação externa à relação médico-paciente, mais constrangidas ficam as decisões médicas.

A busca de ferramentas mais precisas de decisão para otimizar a atenção à saúde e a melhoria na saúde, através da tentativa de tornar científico o processo de decisão clínica facilita sua aceitação dentro da categoria profissional. Seja organizando sistemática e logicamente as diversas etapas do processo decisório, como nos diferentes fluxogramas

para aperfeiçoar as decisões médicas, seja na forma de protocolos de prática clínica, o uso de preceitos científicos vai construindo um modo de formalizar este aspecto de prática médica – o processo decisório – tornando-o aceitável e até desejável entre os profissionais, como requisito de qualidade de atenção.

É neste cenário que surgem os conceitos e as ferramentas da Medicina Baseada em Evidências (MBE) e dos Protocolos de Prática Clínica (PPC), propostos para orientar decisões, servindo de apoio para os médicos em situações que envolvem conflitos na prática clínica e fornecendo informações e comparações de terapias, quanto à eficácia, efetividade e custo-efetividade de diferentes intervenções. Pretende-se que sua aplicação fomente maiores considerações sobre as preferências e valores de pacientes e também reduza custos. Entretanto, seus defensores observam que a utilização destes instrumentos deve ser flexibilizada e individualizada (LOHR, ELEAZER, MAUSKOPF, 1998; MCQUAY & MOORE, 1997; MERRITT *et al*, 1997).

Neste sentido, NORHEIM (1999) afirma:

Uma vez que o racionamento de recursos escassos requer um alvo para se obter o melhor valor para o dinheiro, é importante ter mecanismos para assegurar uma atenção à saúde efetiva. Os protocolos de prática clínica possibilitam introduzir a atenção à saúde baseada em evidências dentro da prática local, influenciando na obtenção de efetividade na atenção à saúde.

Inúmeras publicações em revistas médicas enfocam meios ótimos para se implementar os protocolos, ao invés de buscar comprovações dos efeitos produzidos por seu uso na atenção à saúde, o que sugere que eles estão adquirindo de antemão uma legitimidade entre as organizações de provedores e de seguradoras, administradores, agências governamentais, médicos e pesquisadores.

Os instrumentos construídos pela MBE tentam parecer neutros ao estabelecer prioridades, utilizando um embasamento científico. Sendo o objetivo fazer a ‘melhor escolha’ para o paciente com base na ‘melhor evidência disponível’, os serviços sem um efeito documentado podem ser legitimamente negados. Assim, a maior crítica referente ao uso dos protocolos é que eles podem tornar-se instrumentos para racionamentos injustificados e disfarçados de recomendações de *experts*.

Dessa forma, evidencia-se que os protocolos clínicos foram criados com o intuito primordial de melhorar o gerenciamento de custos e conter o crescimento nos gastos agregados da atenção à saúde. Segundo MERRITT *et al* (1997), a utilização atual dos protocolos bem como das ferramentas deles derivadas (auditoria, revisão médica, revisão de utilização) comprovam tal situação.

Portanto, a maior crítica que se faz à utilização dos protocolos baseados em evidências pelas organizações americanas de atenção à saúde, é a pouca evidência empírica tanto da melhoria na qualidade, quanto da significativa redução de custos sem prejudicar o bem-estar do paciente, primariamente como mecanismo de controle de custos, sendo impostos aos médicos sob pena de sanções econômicas.

Para suavizá-las, autores sugerem que se analise criticamente os protocolos e, sempre que houver conflitos entre diferentes valores ou preferências, explorá-los com transparência, apreciando as justificativas e os valores que embasam as decisões (MERRITT *et al*, 1997; NORHEIM, 1999).

Diante destas considerações, a pergunta que surge, ainda sem resposta conclusiva, é se há de fato base científica que fundamente a tomada de decisão a partir de instrumentos construídos usando as variáveis custo e qualidade.

Ora, como se observou anteriormente, em relação à prática médica, um de seus fundamentos é a existência de um conhecimento empírico, a experiência clínica, produzido a partir da articulação do conhecimento científico (repetitivo, rotinizado, invariante), com o conhecimento prático (singular, único), através de um re-ajuizamento daquele à individualidade de cada paciente. Neste processo, as decisões de caráter pessoal e subjetivo do médico desempenham papel fundamental. Assim, mecanismos que constroem ou desconsideram a subjetividade, elemento essencial à prática, irão interferir na própria possibilidade de reprodução do conhecimento médico.

Outro aspecto que caracteriza a prática médica, as incertezas quanto à adequação da intervenção tecnológica sobre o indivíduo e seu sofrimento e quanto à sua resposta em termos de alívio deste sofrimento, também adquirem papel secundário quando

a prática médica é normatizada por protocolos. Aliás uma das finalidades destes é justamente minimizar ou até eliminar as incertezas nos processos decisórios que envolvem o uso das tecnologias médicas, dando lugar a outra ordem de incertezas, sobre a aplicabilidade dos protocolos diante de cada paciente, ou seja, sua adequação em contemplar as variações nas condições clínicas dos pacientes. Neste sentido, autores que defendem o uso dos protocolos acreditam que a flexibilidade na sua utilização é justamente o que dá qualidade à atenção médica (MERRITT *et al*, 1997).

Portanto, dentro da perspectiva de dirimir todos os aspectos não científicos da prática médica, tornando-a custo-efetiva, a regulação externa que vem sendo feita à prática profissional em países desenvolvidos, com a introdução de protocolos científicos (baseado em evidências), está criando obstáculos ao exercício pleno desta atividade o qual pressupõe julgamento complexo, alto grau de abstração, criatividade, sensibilidade e amadurecimento intelectual.

Introduz-se, assim, sérias dúvidas quanto à possibilidade das regulações realizadas nestes moldes, de fato, resultarem em cuidados médicos de melhor qualidade. O grande interesse em intervir externamente parece estar servindo prioritariamente aos propósitos de controle de custos.

Isto fica evidente quando se constata o uso que as empresas que gerenciam a atenção à saúde nos EUA fazem de técnicas de gerenciamento empresarial, como o monitoramento da atividade clínica dos médicos, comparando a taxa de utilização de recursos de cada médico com a de médicos que seguem os protocolos, a criação de formas de financiamentos que remuneram de acordo com um diagnóstico padronizado, entre outras. A infiltração da informática na relação médico-paciente produzindo dados médicos (medidas e indicadores) e dados econômicos (relativos aos médicos, pacientes e procedimentos) permite confeccionar planilhas de custos por paciente e por médico, desenvolvendo uma base informática para a regulação empresarial das decisões médicas.

Embora uma imensa variedade de instrumentos de controle, regulação e repressão de demanda de atenção tenha sido desenvolvida e empregada, somente uma minoria de procedimentos foi avaliada em condições de realidade da prática cotidiana. A maioria dos padrões foi elaborado por juízos de experts.

Um exemplo são as revisões de utilização realizadas que não são ajustadas para os riscos, o que compele os médicos a tratarem todos os seus pacientes como se fossem uma média. Diante da possibilidade de sofrer punições por não se adequar às metas de utilização, o médico vê-se obrigado a rever seus padrões de qualidade de atenção (MERRITT *et al*, 1997).

Os instrumentos gerenciais de regulação das decisões médicas atuam de forma direta, como os protocolos de tratamento, ou indireta, como os incentivos monetários no pagamento. Aparentemente, os instrumentos indiretos são mais legitimáveis e fáceis de impor, já que não interferem na autonomia decisória dos médicos, que permanecem livres em suas decisões. Porém, cada opção tem diferentes conseqüências para a remuneração pessoal (KUHN, 1997).

Diante da constatação da preponderância dos aspectos econômicos em detrimento da qualidade, surge uma questão: os médicos devem interiorizar o conceito de escassez?

A identificação deste dilema é reconhecida por alguns autores, que sugerem que as restrições à prática colocadas pela escassez de recursos, sejam incorporadas ao desenvolvimento dos protocolos, juntamente com os critérios científicos, e que isto seja explicitado publicamente, evitando que eles se tornem ferramentas de racionamento (NORHEIM, 1999).

Há, ainda, propostas de que as negociações entre custo e qualidade possam ser realizadas com o uso da MBE e num nível de atenção mais elevado, baseando-se em prioridades assistenciais estabelecidas conjuntamente com a sociedade, e retirando do médico que cuida do paciente individualmente a decisão sobre o racionamento de gastos (LARSON, 1999). Entretanto, o estabelecimento destas prioridades é difícil, pois há uma diversidade enorme de demandas nos cuidados à saúde além do que o desgaste político de tornar públicas tais escolhas é grande.

Tal discussão não vem sendo enfrentada pela categoria profissional, embora esta questão perpassa a prática médica, tanto a inserida no sistema público quanto no privado. Isto pode ser atribuído ao confronto com preceitos que a Medicina tradicionalmente defendeu, tornando-os seus maiores valores, a autonomia e o bem-estar do

paciente. Incorporar a escassez de recursos como elemento da prática significa para os médicos, em nível de suas representações, uma adaptação que pode afastá-los do ideal de trabalho, rebaixando sua qualidade. Dessa forma, a corporação apregoa o absolutismo dos princípios que ela defende, autonomia e qualidade, sem negociações com as diversas realidades e suas conjunturas.

Portanto, quando se busca resolver a difícil equação entre custos e qualidade, as ferramentas técnicas construídas com base na ciência não oferecem soluções adequadas. Isto porque, provavelmente, as respostas não sejam técnicas, mas políticas, ou então porque ambos – ciência e saúde – obedecem aos mesmos determinantes político-econômicos que moldam valores e constróem formas de pensar (ou racionalidades) nas distintas sociedades.

#### **6.4. CUSTO, QUALIDADE E MERCADO DA SAÚDE: O CASO DA ATENÇÃO GERENCIADA**

A estratégia mais importante de organização de serviços de saúde visando o controle dos gastos originou-se nos EUA nos anos 80, recebendo o nome de atenção gerenciada.

Baseada em uma competição regulada no mercado privado e com grande ênfase no controle administrativo sobre os gastos, ela foi elaborada por técnicos do governo americano, economistas, gestores de organizações de manutenção da saúde (“Health Maintenance Organizations” - HMOs), executivos e funcionários de corporações e companhias privadas de seguros e subsidiou reformas dos sistemas de saúde de alguns países europeus, muitos dos quais reverteram-nas posteriormente, já que não se havia conseguido satisfazer muitas das expectativas esperadas (MERHY, IRIART, WAITZKIN, 1996).

Sob controle administrativo de grandes organizações privadas e com mecanismos de pagamento por capitação, a atenção à saúde se dá, nesse modelo, com o repasse dos riscos financeiros a médicos, hospitais e clínicas. Assim, os pagamentos da atenção gerenciada forçam os planos de saúde e os médicos, não o governo, a decidir como o cuidado deve ser oferecido.

Caracterizada pela desprivatização das microdecisões clínicas, propõe-se a reduzir os custos e melhorar o acesso e a qualidade, apregoando o papel positivo da competição do mercado como mecanismo efetivo na regulação do modelo de atenção. Entretanto, estas vantagens, apontadas pelos que defendem a atenção gerenciada como estratégia para realizar a reforma da assistência à saúde, não foram comprovadas. Pelo contrário, a análise do modelo de atenção gerenciada implantado nos EUA mostra problemas de dificuldade de acesso para certos grupos sociais, custos elevados e eficácia duvidosa (BINDMAN, 1994; MERHY *et al*, 1996; MILLER & LUFT, 1994).

Ao mesmo tempo em que crescem as preocupações com o direcionamento da atenção gerenciada nos EUA, ela vem se expandindo rapidamente para outros países, sendo que desde meados dos anos 90, as organizações de atenção gerenciada e fundos de investimentos americanos entraram no mercado da América Latina.

Os motivos que levaram à sua expansão para além dos EUA são de ordem econômica, ligados à queda de lucros causada pelo saturamento do mercado norte-americano. Estima-se que no ano 2000, 80% da população daquele país tenha algum tipo de seguro saúde ligado a organizações de atenção gerenciada. Assim, novos mercados são necessários para sustentar o crescimento e retorno de investimentos (STOCKER, WAITZKIN, IRIART, 1999).

As estimativas de lucros deste modelo de atenção no Brasil, ao redor de 2,99 bilhões de dólares, durante 1995, mostram o potencial que este mercado oferece. O interesse dos empresários deste setor é ter acesso aos fundos de seguridade social que a maioria dos países sul-americanos possui. Sua privatização vem sendo justificada por argumentos tais como problemas de ineficiência, escalada de custos e corrupção no setor público, usados ideologicamente para apoiar a penetração do capital financeiro internacional, que passa a administrar fundos de seguridade social e instituições estatais (IRIART *et al*, 2000; STOCKER *et al*, 1999).

Oferecendo vantagens como fornecimento regular de atenção primária, continuidade de atenção e gerenciamento de serviços caros de subespecialidades e procedimentos de alta tecnologia, estes grupos pretendem atingir a crescente classe média alta da América Latina. A globalização da economia facilitou o investimento multinacional, já que barreiras comerciais vêm sendo removidas.

Os únicos países latino-americanos que se posicionaram contra a entrada da atenção gerenciada foram o Brasil e o Equador, devido à organização da sociedade civil, que passou a questionar as propostas neoliberais (IRIART *et al*, 2000; PEREZ-STABLE, 1999).

No Brasil, esta oposição vem sendo liderada pela categoria médica e por ativistas de saúde pública filiados a partidos políticos de esquerda, contrários à privatização dos serviços públicos sob o controle destas organizações. A corporação médica motivada pela ameaça representada por este modelo à autonomia profissional e os referidos partidos, devido à sua luta pela construção de um sistema público de atenção à saúde universal e equânime.

Tanto na América Latina como nos EUA as preocupações enfocam a restrição de acesso para grupos de pacientes vulneráveis, a redução de gastos com serviços clínicos, resultante de gastos com administração e de retorno de investimentos, além da introdução de barreiras à atenção, sob forma de pagamentos adicionais, o que aumenta a pressão sobre hospitais públicos. Além disso, permanece uma série de dúvidas sobre a extensão dos benefícios básicos cobertos e sua adequação frente às necessidades de saúde da população, modos de financiamento dos programas públicos, pressão dos custos administrativos sobre o novo modelo organizacional e incertezas sobre a relação entre eficácia e resultados para um grande número de intervenções em saúde, entre outros.

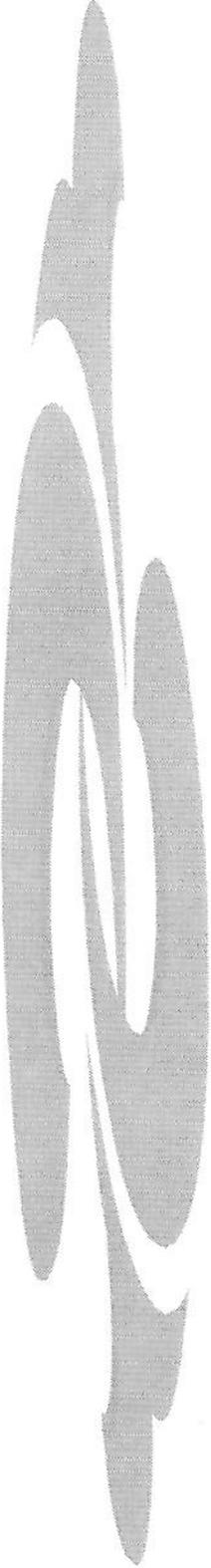
Estas preocupações se sustentam com a verificação de que tais organizações atraem pacientes mais saudáveis, enquanto os mais doentes vão aos serviços públicos. Isto ocorreu no Chile, onde estas organizações atendem menos indivíduos idosos (3,2%) se comparado à população geral (8,9%) ou à que frequenta os serviços públicos (12%) (STOCKER *et al*, 1999). Estes vieses de seleção de usuários nem sempre são considerados em estudos que avaliam o desempenho das organizações de atenção gerenciada.

Autores que estudam a expansão destas organizações na América Latina ressaltam o fato de que sua influência junto aos projetos governamentais antes mesmo de se comprovar seus benefícios em termos de custos, qualidade e satisfação já demonstra um compromisso *a priori* com tal elenco de propostas, tornando evidente seu caráter de construção social (MERHY *et al*, 1996).

Assim, a implantação da atenção gerenciada vem sendo central nas reformas dos sistemas de saúde latino-americanos. Ao atribuir a causa da crise ao crescimento de custos, propõe uma intermediação entre prestadores e usuários, separando a administração financeira da prestação de serviços. Isto implica a introdução de empresas que administram o financiamento sob o conceito de risco compartilhado (sistema capitado) e contratam os prestadores, que poderão ser estatais. Pretende, assim, uma redução de custos e um manejo mais eficiente dos recursos, já que controla o excesso na oferta e dirige o financiamento para os prestadores que oferecem maior qualidade.

De acordo com esta lógica, os prestadores, para obter o financiamento, vêm-se obrigados a diminuir custos e oferecer maior qualidade em seus serviços. Quanto à população atendida, estes discursos enfatizam que, se ela se sentir possuidora de seu aporte ou paga pela atenção, será uma reguladora 'natural' dos custos e da qualidade, já que estará em condições de eleger o prestador que lhe ofereça os melhores serviços ao menor custo. Institui-se assim, a cidadania monetária.

A estratégia de organização dos serviços de saúde da atenção gerenciada exemplifica como a lógica econômica de competição e de mercado vem ocupando progressivamente todos os espaços da vida coletiva nas sociedades contemporâneas.



## ***7. A AVALIAÇÃO E A QUALIDADE POSSÍVEL***

## 7.1. A AVALIAÇÃO E A QUALIDADE POSSÍVEL

As considerações até aqui feitas nos possibilitam compreender a avaliação da qualidade do trabalho médico dentro do setor público enquanto possibilidade ainda em construção. Os tensionamentos surgem em decorrência tanto das características do trabalho médico, quanto do insuficiente aperfeiçoamento científico dos métodos para avaliar sua qualidade, colocando as questões: é possível avaliar o trabalho médico? Avaliar o quê? Como?

A particularização do ato médico, dada sua singularidade e subjetividade, leva a grandes variações internas na dimensão pessoal do cuidado, mesmo quando atenuada pela presença de tecnologia material e solicita uma forma específica para avaliar esse trabalho, que concilie a aplicação de padrões científicos com adaptações de caráter particularizador, preservando a margem de subjetividade do trabalho avaliado.

A incerteza no âmbito da dimensão técnica (objetiva), resultante das próprias incertezas da ciência e tecnologia médicas quanto aos resultados da intervenção, também dificulta o estabelecimento de critérios precisos de base estritamente objetivo-científica para avaliar a qualidade do cuidado prestado, e coloca dificuldades para seu monitoramento.

O próprio efeito subjetivo pessoal da prática pode produzir eficácia terapêutica, dificultando que a avaliação dos resultados se dê em bases objetivas.

Além disso, a autonomia profissional, fortemente expressa no poder político que os médicos detêm nas instituições (autonomia hierárquica) também cria conflitos não apenas com o trabalho em equipe, mas com os mecanismos institucionais de avaliação. Portadores de projetos profissionais, sociais e políticos próprios, os médicos, em geral, disputam hegemonias na política pública e nas políticas profissionais, quanto às suas competências, autoridades e poderes particulares, num conflito estabelecido entre as diversas corporações da saúde. Seu ideário liberal leva-os a se isolarem como prestadores de serviços, realizando julgamentos e tomando decisões técnicas baseados em sua autoridade individual, sem nenhuma troca com os demais sujeitos. Conseqüentemente, a

existência de autoridades desiguais entre os profissionais leva à desigualdade na legitimidade de julgar e decidir no trabalho (SCHRAIBER *et al*, 1999). Desse modo, o trabalho em equipe está freqüentemente em tensão com a autonomia técnica (e conseqüentemente, hierárquica) que os profissionais buscam ampliar.

Além destas dificuldades, a complexidade assistencial necessária para intervir sobre o processo saúde-doença, considerando suas múltiplas dimensões (social, psicológica, biológica e cultural) que se expressam nas necessidades de saúde, demanda a recomposição do processo de trabalho, buscando a integralidade na atenção à saúde. O reconhecimento de que os trabalhos parcelares dos distintos profissionais constituem um intenso processo de especialização, torna evidente que a realização de ações de saúde eficazes e abrangentes não cabe a nenhum agente isolado. O trabalho em equipe deve, assim, ser compartilhado, negociando-se as distintas competências para a tomada de decisões técnicas.

A falta de consenso sobre o que avaliar, constatada através das inúmeras definições de qualidade encontradas na literatura e dos respectivos modelos que sistematizam alguns atributos do cuidado ou as etapas de sua produção, coloca a necessidade de optar por uma delas. Esta opção não é ideologicamente isenta, mas reflete a arena de disputas políticas em que o processo de avaliação se insere. O dilema da definição de qualidade se evidencia ao tratarmos da institucionalização da prática médica e as implicações sobre sua autonomia. Assim, embora, o médico seja o responsável pelo cuidado individual do paciente, é a instituição que define a captação da clientela e os meios de trabalho, criando tensionamentos na definição das fronteiras entre as responsabilidades da cada um.

Nesta situação, qual definição de qualidade deve ser utilizada? Aquela que tem como referência o cuidado ideal, autônomo, presente nas representações dos médicos, ou aquela estabelecida pela instituição, ambígua, ao postular simultaneamente a universalidade e a necessidade de estabelecer prioridades assistenciais?

Portanto, o discurso da categoria médica legitima a busca do padrão máximo de qualidade, perante os mesmos e o público, e ao mesmo tempo expõe a realidade do trabalho médico na rede pública de saúde, na qual tal padrão está freqüentemente aquém do desejado.

Outra ordem de dificuldades, resultante do modelo da medicina tecnológica, está na dependência do médico tanto da tecnologia quanto dos demais profissionais, desqualificando o conhecimento do social como componente e integrante da técnica. O não reconhecimento da articulação de seu trabalho com os demais trabalhos sociais leva os médicos a se alienarem enquanto sujeitos do trabalho, e transfere a responsabilidade pela qualidade da atenção prestada para a dimensão administrativa e gerencial do trabalho.

Todas estas dificuldades juntamente com o poder corporativo dos médicos, possibilitam que o controle e avaliação de seus atos sejam delegados aos próprios profissionais, à sua capacidade de auto-regulação, o que, obviamente, é insuficiente para garantir o cumprimento da missão institucional.

Historicamente, a instituição médica sempre foi avessa a qualquer forma de avaliação e controle por parte da sociedade, mesmo mais recentemente quando esta passou a reclamar uma maior prestação de contas (“accountability”) destes profissionais.

Na atualidade, a busca pela construção de propostas para aprofundar as investigações no campo da avaliação de serviços, aprimorando o conhecimento sobre a estruturação do trabalho em saúde e a articulação entre as dimensões técnica e ética deste trabalho, tem constituído um grande desafio.

Ressalte-se que o trabalho médico, embora ainda continue dependente de seu juízo pessoal, a transformação tecnológica da medicina ampliou a possibilidade de se estabelecer um controle externo da prática, criando-se aí um espaço de negociação entre a singularidade do ato médico individual e seu monitoramento e controle (SCHRAIBER *et al*, 1999).

Neste sentido, a gerência adquire papel fundamental, ordenando e controlando as ações médicas, atuando através da padronização dos registros, implementando diversas modalidades de atenção individual e em grupos de usuários, estimulando a padronização de condutas diagnósticas e terapêuticas e realizando supervisão técnica de atendimentos (SCHRAIBER *et al*, 1999). Busca-se uma forma de avaliação que propicie o diálogo entre a gerência e o trabalhador, superando os mecanismos tradicionais de avaliação da qualidade técnica do cuidado médico, tomados como constrangedores e até punitivos.

No serviço público, o trabalhador de saúde enfrenta uma série de constrangimentos à realização adequada de seu trabalho. Cabe lembrar que, quando se realiza o mínimo nos serviços de saúde, está se separando os planos ético, político e técnico do trabalho. O plano ético fica reduzido às características pessoais dificultando assim qualquer possibilidade de negociação entre a gerência, que passa a ser a responsável exclusiva pelo plano político, e o trabalhador, responsável exclusivo pelo plano técnico (SCHRAIBER & NEMES, 1996).

As considerações acima permitem responder positivamente à indagação sobre a possibilidade de se avaliar o trabalho médico, embora reconhecendo a força dos embates políticos que permeiam a avaliação deste objeto em particular.

A resposta à segunda indagação (o que avaliar?) é menos consensual ainda, o que impede a simples seleção de um padrão ou critério de julgamento para a qualidade do trabalho médico. Portanto, no presente momento, o avanço possível nesta discussão é afirmar que a definição de qualidade a ser utilizada na avaliação do trabalho médico deve ser ampla, mas sem perder sua capacidade operativo-instrumental, negociada entre diferentes níveis hierárquicos e entre diversas categorias profissionais dentro da instituição e, principalmente adequar-se aos objetivos desta.

Estas ressalvas são particularmente aplicáveis quando o processo avaliativo se volta para a realidade concreta do trabalho médico na rede pública de saúde, cujas características e dificuldades já se discutiu.

Diante destas considerações, ressaltam-se duas possibilidades para viabilizar a avaliação do trabalho médico: a busca de definições negociadas de qualidade e a identificação de espaços institucionais de autonomia.

No primeiro caso, entende-se que a implementação de mecanismos de avaliação e controle da qualidade técnica do cuidado, utilizando-se definições de qualidade negociadas entre os profissionais médicos e a gerência, pode ser um "mecanismo de resgate da profissionalização, do orgulho e da valorização do trabalho" (SCHRAIBER *et al*, 1999). Através da negociação e do diálogo entre os diferentes profissionais deve-se buscar as definições de qualidade aceitáveis, entendidas como aquelas possíveis de serem efetivadas no contexto do trabalho. Entretanto, ao relativizar a definição de qualidade ideal, os

profissionais não podem perdê-la de perspectiva, acomodando-se à falta de certos recursos em seu cotidiano de trabalho. O padrão ideal dado pela ciência precisa, assim, ser compreendido dentro das singularidades do local onde o médico atua. A utilização de uma definição ideal de qualidade, tal qual preconizado pela corporação médica, torna-a inatingível e serve, muitas vezes, para justificar um certo imobilismo de médicos, que nem sempre se envolvem com seus pacientes e com a construção do sistema público de saúde.

A segunda possibilidade a ser construída na avaliação do trabalho médico refere-se à dinâmica da micropolítica do processo de trabalho em saúde, ou seja, aos espaços de autonomia que o médico possui em qualquer forma de organização institucional. Sua centralidade como agente do trabalho confere-lhe uma capacidade de auto-governar o processo de trabalho em saúde, criando espaços institucionais situados entre uma dimensão pública e uma privada, que precisam ser percebidos pela gestão como orgânicos ao trabalho em saúde e não reduzidos à "lógica do mercado ou ao mau uso do processo de trabalho" (MERHY *et al.*, 1996). Diante disso, é necessário buscar-se modelos organizacionais que permitam atuar sobre a privatização dos processos decisórios em saúde, publicizando-os. Promover a autonomia com responsabilização nestas bases pode, assim, qualificar a atenção médica.

O maior entrave na construção destas duas possibilidades é o confronto que podem estabelecer com a corporação médica, que conseguiu demarcar espaços institucionais de poder, tornando-se historicamente dominante nos conflitos envolvendo as diversas categorias profissionais.

Para a gerência e a equipe de saúde, o grande desafio que se coloca é como tornar públicos os espaços no interior dos serviços de saúde para que neles impere uma lógica centrada nos usuários e suas necessidades.

Com relação à avaliação do trabalho do pediatra que atua na rede pública de saúde, as dificuldades e possibilidades são as mesmas mencionadas para a categoria médica em geral, acrescentando-se a busca pela construção de instrumentos específicos apreendam a atenção às necessidades de saúde da criança e do adolescente como objeto de avaliação.

Assim, no cenário político-institucional constituído pela rede básica de saúde, a articulação entre processos de trabalho (vistos através das decisões médicas) e corporação

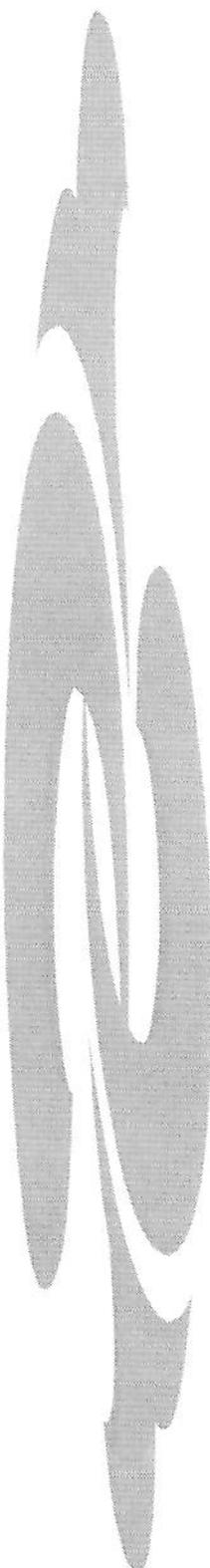
profissional (médico pediatra) conforma uma certa prática profissional que pode ser avaliada em sua qualidade. Tais elementos permitem elaborar os pressupostos que embasam este estudo:

- que a qualidade do cuidado médico é um valor almejado pelos médicos, que a defendem independente da modalidade em que se inserem no mercado de trabalho.
- que a falta de recursos financeiros investidos no setor saúde é um aspecto que impõe limitações aos serviços públicos de atenção à saúde, refletindo sobre o trabalho de seus profissionais, dentre eles os médicos pediatras.
- que a variável custo está presente no cotidiano de trabalho do médico pediatra na rede pública, porém de forma indireta.
- que a racionalização do cuidado médico pode representar um racionamento de recursos com repercussões sobre sua qualidade.
- que a avaliação do trabalho do pediatra pode ser construída na rede pública de saúde, incorporando sua definição de qualidade.

A pergunta central desta pesquisa é: **No processo de decisão do médico pediatra qual a qualidade possível na rede pública da perspectiva desses agentes médicos?**

A partir da articulação entre os elementos que conformam o trabalho do médico pediatra na rede pública de saúde e sua definição de qualidade, pretende-se ainda compreender:

- Como se articulam as práticas, a decisão e a qualidade no processo de trabalho do médico pediatra.
- Como o médico pediatra define qualidade da atenção e articula seu conceito com sua prática nos serviços públicos de saúde, no processo de decisão.
- A percepção que o pediatra tem dos limites e possibilidades que os serviços públicos oferecem para que a qualidade seja um fato.
- As estratégias e negociações utilizadas pelo pediatra para lidar com as limitações que a prática lhe impõe.



## ***8. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS***

## 8.1. PESQUISA SOCIAL: ALGUNS PRESSUPOSTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS

A Saúde Coletiva e a Avaliação em Saúde constituem dois campos de conhecimento ainda em construção, permeados por questões socioeconômicas e político-ideológicas, nos quais saberes e práticas se aproximam, oferecendo uma multiplicidade de objetos e de possibilidades para seu estudo. Estas peculiaridades demandam distintas perspectivas epistemológicas e metodológicas para sua abordagem e conduzem o avanço do conhecimento necessariamente por caminhos pluridisciplinares, nos quais a incorporação das ciências humanas como recurso teórico-metodológico vem sendo fundamental para problematizar os campos temáticos e enriquecer sua compreensão.

É importante ressaltar que, junto às contribuições proporcionadas a estes campos, principalmente pelas ciências sociais, vieram também os dilemas com os quais estas ciências se deparam, quais sejam: as tensões entre subjetividade e objetividade, estrutura e ação, indivíduo e sociedade, macro e microanálise na produção do conhecimento, a utilização das metodologias qualitativas *versus* quantitativas e os critérios de cientificidade ou a validade do conhecimento produzido pelas ciências sociais, ainda sem conclusões definitivas.

Apesar de permear a produção do conhecimento, "...os dilemas e as tensões que caracterizam essas ciências não têm impedido que a pesquisa social se desenvolva, que aperfeiçoe seus métodos de fiscalização, de autocontrole e autocorreção dentro do projeto de conhecimento proposto" (ALVES, 1995).

Para tanto, as propostas de diversos autores buscando superar as dificuldades passam pela "necessidade de integração das polaridades, levando-se em consideração as mediações e a articulação dos distintos níveis da realidade; ou a construção de esforços pluri ou interdisciplinares ou ainda resgatando a vida cotidiana e as microabordagens" (CANESQUI, 1995a: 15).

Situar o objeto de estudo no campo do social implica assumir certos pressupostos que vão nortear o processo de nossa investigação científica.

O primeiro refere-se ao posicionamento do pesquisador diante de seu objeto de conhecimento. A concepção de que a realidade não existe enquanto totalidade pronta, acabada e externa ao pesquisador, mas sim tal como ele a interpreta, evidencia o caráter comprometido desse processo e mostra que as escolhas realizadas ultrapassam aspectos meramente técnicos, sendo frutos de sua visão de mundo. Desse modo, o objeto de conhecimento é recortado, delimitado, definido a partir da perspectiva que o pesquisador tem da realidade em que vive que, por sua vez, é fruto de seu posicionamento histórico e social. Em virtude disto, assume-se ser o objeto das ciências sociais intrinsecamente ideológico, já que impregnado pela visão de mundo do pesquisador.

Conseqüentemente, a relação entre sujeito e objeto não é de exterioridade, mas de identidade, estando ambos comprometidos. DEMO (1994) afirma que “Quando estudamos a sociedade, em última instância, estudamos a nós mesmos, ou coisas que nos dizem respeito socialmente”.

Como decorrência, o objeto das ciências sociais adquire historicidade e ressalta seu caráter provisório e inacabado diante do processo contínuo de mudança da realidade social. Ao ser historicamente condicionada, dentro dos limites de consciência dados pelo estágio de desenvolvimento em que cada sociedade se encontra, a realidade social dota seu objeto de consciência histórica (MINAYO, 1992; DEMO, 1984; DEMO, 1994).

Neste estudo, sujeitos e objeto possuem consciência histórica, pois inscrevem-se em uma sociedade capitalista que, neste momento de seu desenvolvimento, é periférica, excludente e conflituosa, já que marcada pela divisão de classes sociais. Impõe-se, assim, a necessidade de relativizar o conhecimento aqui produzido, considerá-lo provisório, inacabado, fruto do tempo de seus sujeitos e ideologicamente impregnado. A constatação da impossibilidade de se eliminar a ideologia torna necessário controlá-la criticamente através da busca de objetivação do conhecimento.

O processo de construção do objeto engloba também decisões sobre a maneira mais adequada para que ele seja apreendido, a opção metodológica, definida como o caminho e o instrumental escolhidos pelo pesquisador na abordagem da realidade (MINAYO, 1992; MINAYO, 1994). Esta concepção traz uma importante implicação para a

construção científica: ela amplia a idéia de que o método é apenas um conjunto de técnicas e procedimentos que permitem a apreensão objetiva da realidade, e passa a incluir também as concepções teóricas de abordagem dessa realidade, ou seja, teoria e técnicas passam a ser inseparáveis.

Estes pressupostos permeiam a investigação científica e o reconhecimento das tensões é imprescindível, colocando para o pesquisador o desafio de tentar superá-las durante todas as etapas do processo de interrogação sistemática que ele faz da realidade social, cuja natureza essencialmente qualitativa e multifacetada torna-a impossível de ser compreendida através de uma teoria única.

Um dos recursos utilizados quando há formulação de problemas complexos como objetos de investigação é a interdisciplinaridade, possibilidade de trocas entre especialistas, emprestando de outras disciplinas instrumentos, técnicas metodológicas e esquemas conceituais através da "negação e superação das fronteiras disciplinares" (NUNES, 1995a).

Assim, a aproximação de campos disciplinares específicos olhando para um objeto comum, possibilita "uma integração progressiva dos sistemas conceituais, em que se trata de articular diversas disciplinas entre si por ocasião de um trabalho sobre o mesmo objeto que constitui o vetor do questionamento" (FERREIRA, 1995).

Apesar das possibilidades que este recurso metodológico oferece para o campo científico, identifica-se dificuldades de diversas ordens, decorrentes da fragmentação histórica do conhecimento que ocorreu com sua institucionalização. Romper com o isolamento do conhecimento em especialidades que não se comunicam representa um grande desafio para o pesquisador em busca de uma ressignificação de seus objetos.

Nos últimos anos, constata-se uma tendência crescente de se realizar pesquisas interdisciplinares nos campos da saúde coletiva e da avaliação em saúde. Este fato denota o reconhecimento de suas possibilidades para instrumentalizar a compreensão dos objetos que estes campos propõem para serem investigados e, assim, influir no redirecionamento de prioridades e na implementação de mudanças nas políticas na área da saúde. Entretanto, o

incipiente estágio de desenvolvimento teórico em que estes campos se encontram atualmente, configura um importante fator limitante e explica, ao menos parcialmente, a predominância da construção de um conhecimento multidisciplinar, marcado pela justaposição de diversas disciplinas que não dialogam entre si e coexistem sem uma hierarquia entre elas.

A lógica de funcionamento do sistema da saúde brasileiro na atualidade, enquanto parte de uma estrutura mais ampla, a das políticas públicas em sua vertente social, com participação de distintos atores sociais e identificação de problemas de diferentes ordens, oferece para a pesquisa temáticas de grande complexidade, que necessitam dos aportes teóricos de diferentes disciplinas para serem compreendidas.

A natureza do objeto deste estudo - o cuidado médico - uma prática ao mesmo tempo técnica e social, investigada sob a perspectiva de seus agentes, sugere uma abordagem que privilegie a análise microssociológica, enfocando o "caráter contingente da ordem social e a centralidade da negociação individual", contextualizando-a, referenciando-a a uma ordem macrossociológica, que "ênfatiza o papel das estruturas coercitivas na determinação do comportamento individual e coletivo" (MACHADO, 1995). Pretende-se aqui valorizar o papel desempenhado pelos médicos, enquanto sujeitos sociais que constroem cotidianamente o mundo do trabalho onde ocorrem acordos, jogos de interesses, disputas de poder, negociações que marcam as relações entre profissionais, Estado, instituição e população.

Tal escolha reflete uma tendência atual no campo da pesquisa social no qual, a partir da constatação da insuficiência dos modelos explicativos totais, baseados na primazia das determinações sócio-econômicas, modificou-se o processo de construção científica. Desse modo, o sujeito, sua experiência, o sentido que ele dá à sua ação, tornam-se objetos de estudo de grande interesse.

O resgate do significado dos atores sociais e de suas ações vem se construindo através de teorias que valorizam a subjetividade, a incerteza, a intersubjetividade, a construção de identidades coletivas, o imaginário, as questões culturais, tentando articulá-las às categorias estruturais, na busca de compreensão do mundo da vida (FERREIRA, 1995; NUNES, 1995a).

Através da mediação das tensões pela articulação entre as análises macro e microsociológica, estrutura e ação, do reconhecimento da subjetividade dos atores como inerente ao objeto de estudo, pretende-se uma aproximação possível e objetivada da realidade social.

Esta investigação dirige um olhar para o cuidado médico, através da qualidade, a qual pode ser definida por meio de elementos que permitem reconhecê-la como um atributo técnico da atenção ou como um valor ético, constituindo uma categoria através da qual os médicos constroem suas representações sociais, passíveis de serem estudadas através do instrumental das ciências humanas.

A opção de estudar a qualidade da atenção médica, mais especificamente do pediatra, privilegiando a perspectiva destes agentes, implica dar relevância à percepção e interpretação destes agentes que, ao falarem de sua prática, conferem-lhe um sentido, um significado, no qual estão presentes elementos de sua biografia pessoal e profissional e sua visão de mundo, situando-os enquanto sujeitos históricos.

Esta percepção, por sua vez, também possui determinantes externos aos seus sujeitos, que se materializam nas dicotomias que marcam o conhecimento médico (biológico-social, individual-coletivo, clínica-epidemiologia) e sua organização social, segundo certa lógica de produção e distribuição dos serviços de saúde.

Portanto, a inserção desta investigação no campo interdisciplinar da avaliação em saúde e no cenário político-institucional das unidades básicas de saúde, a busca por compreender a interação/articulação entre processos de trabalho (vistos através das decisões médicas) e corporação profissional (médico pediatra) apontam a necessidade de um instrumental teórico-metodológico que contemple sua complexidade.

## **8.2. A OPÇÃO METODOLÓGICA: QUALITATIVO E QUANTITATIVO NO CAMPO DA AVALIAÇÃO**

A disputa entre as duas abordagens metodológicas, quantitativa e qualitativa, não representa apenas uma discussão de técnicas de pesquisa, mas um debate entre as distintas correntes de pensamento às quais elas se atrelam filosófica e epistemologicamente, quais sejam positivismo, de um lado, e fenomenologia e materialismo histórico, de outro, na busca por se constituir como modelo de cientificidade.

As controvérsias a respeito das origens desta dicotomia separam alguns autores, os que acreditam que ela ocorreu desde o nascimento da ciência moderna, há cerca de três séculos, a partir das concepções de Descartes\* sobre a existência de um mundo objetivo separado das percepções humanas subjetivas; e os que pensam ser a separação resultado da fragmentação do conhecimento em várias disciplinas especializadas, desde a segunda metade deste século (STENZEL, 1996).

Neste processo, as ciências humanas foram colocadas em posição subalterna em relação às ciências naturais quanto à cientificidade de seus pressupostos e métodos. Porém, foi justamente a representante teórica mais avançada das ciências naturais, a física quântica, que desencadeou questionamentos sobre os fundamentos da certeza absoluta presentes no determinismo da ciência clássica. Isto ocorreu nos anos 20 e 30, com a formulação do princípio da incerteza de Heisenberg, que reconhecia a categoria do acaso, a racionalidade probabilística, destacando o lugar fundamental do sujeito do conhecimento na construção do objeto teórico da física. Assim, "...a incerteza do real passou a dialogar com a certeza do determinismo, pela mediação do sujeito do conhecimento na produção do discurso da ciência" (BIRMAN, 1991). Paulatinamente, o sujeito do conhecimento passou a ser colocado no primeiro plano da produção do objeto teórico de diferentes discursos científicos, que passaram a ser considerados como produções históricas e não enunciações de verdades universais.

A própria valorização da investigação científica e sua extensão a campos de conhecimento além das ciências naturais, também demandou novas formas de abordagem nas quais as interpretações e ações humanas são importantes. Estes campos das ciências humanas passaram a utilizar as metodologias qualitativas, o que também ocorreu progressivamente na medicina, à medida que se percebeu a insuficiência teórico-metodológica da clínica para explicar o viver, o adoecer e o morrer.

Portanto, é de longa data o debate qualitativo-quantitativo, que ainda persiste nos dias atuais. Diante dele, pesquisadores assumem posturas variadas. Alguns negam haver compatibilidade entre as duas metodologias, já que partem de premissas ontológicas e epistemológicas diversas e mutuamente excludentes, quanto à natureza da investigação,

---

\* DESCARTES *apud* HOLMAN, HR – Qualitative inquiry in medical research. *J Clin Epidemiol*, 46(1): 29-36, 1993.

da ciência e da sociedade, o que impossibilita a integração de seus métodos ou mesmo a combinação complementar dos dois enfoques (monismo metodológico). Outros postulam a existência de uma falsa dicotomia entre as metodologias, as quais representariam, na verdade, os extremos de um contínuo, dentro do qual são possíveis uma gama de combinações, sendo a natureza do objeto e os questionamentos do investigador os elementos norteadores da escolha por um deles ou sua combinação no mesmo estudo, de forma complementar, o chamado pluralismo metodológico (PATTON, 1990; PEDERSEN, 1990; CORNER, 1991; HOLMAN, 1993; AGUILAR & ANDER-EGG, 1994; PIOVESAN & TEMPORINI, 1995; CASEBEER & VERHOEF, 1997; GROULX, 1997; SILVERMAN, 1997; BRADLEY et al, 1999). Há, ainda, quem negue a contradição ou a continuidade de ambas, afirmando serem apenas de natureza distinta (MINAYO, 1993).

Diante deste debate metodológico, há uma tendência atual em se apregoar a inseparabilidade e interdependência entre os aspectos quantitativos e qualitativos da realidade. O processo científico por ser fruto de escolhas, de recortes da realidade empírica, está vinculado a uma teoria de mundo, desse modo, "toda tentativa de quantificação supõe um juízo qualitativo, e vice-versa, as afirmações qualitativas invocam certa hierarquia, número e magnitude, que dá forma ao significado", (PEDERSEN, 1990). Com isto, os fenômenos naturais e sociais podem ser estudados em sua concretude e analisados em seu significado.

Conseqüentemente, cada vez mais ganha espaço a proposta de que ambas as metodologias não sejam vistas como opostas, contraditórias ou mutuamente exclusivas, mas complementares, não existindo qualquer hierarquia quanto ao grau de cientificidade de cada uma. Ambas podem contribuir efetivamente para o conhecimento desde que utilizadas dentro dos limites de suas especificidades.

Entretanto, a opção metodológica muitas vezes é influenciada por questões exteriores aos aspectos epistêmicos, tornando-se fruto de disputas por prestígio e subsídios que ocorrem no campo da pesquisa científica, transformado em um imenso mercado competitivo na atualidade. Dessa forma, elementos de distintas ordens podem definir as escolhas do pesquisador, como recursos disponíveis, tempo para a realização da pesquisa e outros (AGUILAR & ANDER-EGG, 1994; SWANSON & CHAPMAN, 1994; GROULX, 1997).

Ambas abordagens partem de paradigmas próprios, ou seja, de um conjunto de pressupostos sobre a natureza do mundo natural e social, que constituem marcos conceituais e filosóficos norteadores do processo de investigação científica. Conseqüentemente o instrumental que utilizam também é específico a cada uma delas.

As metodologias quantitativas fundamentam-se em princípios segundo os quais o mundo natural opera de acordo com leis causais; a observação sensorial é a base da ciência; a realidade consiste de dados brutos e objetivos, por um lado e, crenças e valores, que são subjetivos, por outro. Os dados relativos à realidade social podem se tornar objetivos se forem identificados, verificados ou medidos por instrumentos padronizados e traduzidos em números, variáveis e indicadores. O propósito do pesquisador é testar hipóteses e teorias usando instrumentos formais como manipulação, controle, experimentação. A força de suas afirmações e conclusões é obtida através de análises estatísticas. A análise utiliza o raciocínio dedutivo, consenso, norma, explicações causais, generalização. O rigor científico é assegurado pelo método e pela busca do máximo de neutralidade do pesquisador, que assume papel parcial e secundário no processo.

As metodologias qualitativas, por sua vez, são mais freqüentemente utilizadas na área das ciências sociais, devido às peculiaridades do objeto social. Possuem um enfoque que enfatiza a natureza dinâmica e negociada da ordem social, onde o mundo social não é estático, mas mutável e constituído de múltiplas realidades e pressupõem que determinados aspectos da realidade social (valores, opiniões, atitudes, crenças) não podem ser operacionalizados através de números. Utiliza a hermenêutica, como corrente que busca dar sentido e significado aos fenômenos sociais e que se interessa pela interpretação e significado da linguagem e do comportamento humano e das instituições. Para cumprir tal tarefa, os pressupostos destas abordagens atribuem uma maior importância à perspectiva dos sujeitos.

Ao buscar incorporar a “questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais” (MINAYO, 1992), elas buscam uma objetivação do fato social e afirmam que toda objetividade é sempre relativa. Utilizam-se principalmente de palavras como um conceito central que expressa a sociedade em que vivemos. O pesquisador busca hipóteses e teorias a partir da compreensão que os atores

sociais têm de sua própria realidade. A análise usa o raciocínio indutivo, o pluralismo, objetivando contextualizar, interpretar e compreender as perspectivas dos atores. Reconhece-se o papel central, empático e imbricado do pesquisador (MECHANIC, 1989; PEDERSEN, 1991; MINAYO, 1992; GUBA & LINCOLN, 1994), afirmando-se que "a abordagem qualitativa realiza uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza" (MINAYO, 1993).

Campos de conhecimento que lidam com questões cuja complexidade temática e abrangência demandam distintas possibilidades de abordagem oferecem terreno propício para superar a suposta incompatibilidade de metodologias, ultrapassando o debate qualitativo-quantitativo, em busca da compreensão da realidade. O campo da avaliação de serviços de saúde é certamente um deles. Até recentemente verificava-se a predominância e quase exclusividade de pesquisas utilizando abordagens quantitativas, por influência da epidemiologia em sua versão clássica, situação que vem se modificando. O interesse pelas metodologias qualitativas entre os pesquisadores que se debruçam sobre tal campo vem aumentando significativamente (PATTON, 1987; PEDERSEN, 1991; AGUILAR & ANDER-EGG, 1994; BRADLEY *et al.*, 1999) e produz reflexos sobre a produção científica, como atestam recentes publicações (CAMACHO *et al.*, 1996) e encontros científicos da área (ABRASCO, 1998; ABRASCO, 2000).

As tendências mais recentes deste campo, que se volta especialmente para a avaliação de processos de trabalho e de práticas de saúde, dentre elas a prática médica, ressaltam a importância de se dispôr de um instrumental teórico-metodológico que possibilite a interpretação e apreensão do significado de seus objetos, como ocorre nas abordagens qualitativas.

Tendo em vista que o elemento mais importante para nortear as escolhas relativas ao desenho do estudo é a consistência entre a metodologia e os questionamentos do pesquisador à realidade empírica, delimitada enquanto objeto, nesta pesquisa optou-se pelas abordagens qualitativas, assumindo-se os pressupostos nelas implícitos, sob o olhar do pesquisador, sujeito social historicamente situado.

### 8.3. OPERACIONALIZANDO O QUADRO TEÓRICO: A PALAVRA COMO SÍMBOLO

A opção pelas metodologias qualitativas como as que mais se adequam à proposta deste estudo, coloca o nível simbólico das relações (ou ações) humanas, os significados, a subjetividade e a intencionalidade como objetos de discussão.

A fala constitui o material empírico mais utilizado nas pesquisas qualitativas, coletado através de distintas técnicas como o questionário, a entrevista, os grupos focais. Sua utilização evidencia um importante aspecto epistemológico presente neste tipo de pesquisa, o da constituição da realidade através da mediação do simbólico.

A utilização da linguagem verbal (fala) possibilita que os significados sejam compartilhados por um dado grupo social. Desse modo, a realidade pode ser concebida como uma construção " eminentemente intersubjetiva e simbólica, não existindo fora dos sujeitos coletivos e históricos, que são ao mesmo tempo os seus artífices, os seus suportes e os mediadores para sua transmissão" (BIRMAN, 1991). A inseparabilidade entre o discurso e o campo social onde ele circula revela que a linguagem é essencialmente fala e interlocução entre sujeitos no espaço social, o que torna a interpretação o instrumento fundamental de leitura da realidade, através da hermenêutica.

Entretanto, os sujeitos sociais são historicamente situados, sendo a fala construída também a partir das condições objetivas de existência dos sujeitos. Nesse sentido, pode-se dizer que a construção do real, através da linguagem, ultrapassa cada indivíduo e chega a ele, em parte, de fora.

MINAYO (1992) aponta a representatividade da fala individual em relação a um coletivo maior afirmando que a palavra, como símbolo de comunicação, é "reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles) e ao mesmo tempo tem a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas" (MINAYO, 1992).

Ao exprimir as teorias de mundo construídas pelos indivíduos a partir da vivência de contradições que permeiam o cotidiano das classes sociais, a fala possui uma vinculação dialética com a realidade. Portanto, sua análise possibilita o entendimento das relações sociais que ela expressa, isto é, a lógica subjacente, o código partilhado, materializado na fala dos sujeitos.

Ao mesmo tempo em que a fala veicula elementos comuns da vida profissional e social, ela não é homogênea pois exprime o modo como diferentes sujeitos vivenciam as contradições existentes em seu cotidiano de trabalho. Portanto, neste estudo, a seleção do conteúdo relatado e a forma do depoimento são construções, ou seja, interpretações dos pediatras, refletindo sua subjetividade bem como as condições objetivas históricas que condicionam sua posição na sociedade e a organização dos cuidados à saúde.

O confronto entre fala, prática social e análise das instituições permite que a interpretação do conteúdo dos discursos dentro de um quadro de referência articule-se com a ação social objetivada nas instituições e ultrapasse a transparência imediata que a mensagem transmite de modo ilusório, levando a uma compreensão mais profunda dos princípios que explicam o funcionamento da instituição onde os sujeitos exercem sua prática.

A utilização da fala como fonte de material empírico nesta investigação, transforma a questão da apreensão da realidade em habilidade de manipulação de signos e levanta a questão da validade deste tipo de estudo.

O aspecto da pesquisa qualitativa que mais suscita questionamentos sobre sua validade relaciona-se ao papel central do pesquisador e as possíveis interferências de suas concepções no processo de investigação científica. Torna-se assim necessário o reconhecimento de que a cientificidade deste tipo de pesquisa não é obtida pela rigidez protocolar, mas pela explicitação dos pressupostos que a norteiam e que devem estar presentes nas diferentes etapas da investigação, evidenciando a existência de um método científico que dirige o pesquisador e que é próprio do campo social. A flexibilidade que ele proporciona e o seu caráter interativo possibilitam maior criatividade do pesquisador, elemento primordial para a compreensão de objetos complexos e multifacetados.

SANDELOWSKI (1997) chama a atenção para o constrangimento que os procedimentos metodológicos rígidos podem causar no pesquisador, o que a autora chama de 'metodolatria'.

Isto não significa que a pesquisa no campo social seja alheia à sistematização de procedimentos e técnicas. Uma extensa literatura detalha os cuidados metodológicos a serem seguidos na amostragem, nas técnicas de coleta de material e nos procedimentos analíticos, permitindo um julgamento sobre consistência e fragilidades do processo investigativo (PATTON, 1990; SEIDMAN, 1991; MAYKUT & MOREHOUSE, 1994; MAYS & POPE, 1995; MARSHALL & ROSSMAN, 1995).

Assim, a validade de um estudo qualitativo é dada pela explicitação das escolhas teórico-metodológicas e suas implicações sobre o objeto a ser conhecido, o que inclui procedimentos e técnicas sistematizados.

Uma das estratégias utilizadas para aumentar a confiabilidade do estudo qualitativo é a triangulação, técnica proposta por CAMPBELL & FISKE (1959) consiste na combinação de métodos para a investigação do mesmo fenômeno. Tenta-se, desse modo, compatibilizar metodologias e técnicas tanto em diferentes tipos de pesquisa, como em determinados momentos da mesma. Quatro tipos de triangulação foram propostos: de dados, de investigador, de teoria e de abordagens metodológicas e que vêm sendo usadas com o intuito de enriquecer a compreensão a respeito do objeto, através da possibilidade de diálogo que se estabelece entre diferentes quadros de referência. Apesar de seu uso ser recente no campo da saúde, sua principal vantagem - possibilitar a emergência de dimensões novas e mais profundas do objeto - já é reconhecida (PATTON, 1987; PATTON, 1990; PEDERSEN, 1990; CORNER, 1991; MINAYO & SANCHES, 1993; AGUILAR & ANDER-EGG, 1994; DREHER, 1994; PIOVESAN & TEMPORINI, 1995; MILLER, 1997; BRADLEY *et al.*, 1999).

Autores que defendem o uso concomitante das metodologias qualitativas e quantitativas vêem na triangulação uma estratégia que possibilita compensar as limitações do uso de cada abordagem isoladamente: "... com a combinação de métodos qualitativos e quantitativos obtém-se relações de reciprocidade e convergência, que vão além da simples

complementaridade. Estas relações de potenciação surgem da conjugação de ambos os métodos, não somente na coleta da informação, mas também na análise dos dados" (PEDERSEN, 1990).

Neste estudo, utilizou-se a triangulação de dados, obtidos de duas fontes distintas, a transcrição da fala dos pediatras e as anotações do diário de campo. O diário de campo foi um instrumento elaborado pela pesquisadora, no qual anotou-se três tipos de informações: as realizadas imediatamente após cada entrevista, que constaram de aspectos considerados relevantes a respeito do ambiente de trabalho, reações dos entrevistados diante das questões formuladas, incoerências observadas nas respostas, intensidade da empatia e relação intersubjetiva estabelecida, dificuldades no andamento da entrevista e outros; relatos das discussões realizadas com o orientador em todas as etapas da investigação e anotações realizadas a partir de idéias que foram surgindo espontaneamente durante o estudo a partir de leituras de bibliografia, de discussões informais com outros profissionais ou de palestras e congressos cujo tema foi a avaliação de qualidade do trabalho médico.

#### **8.4. A ENTREVISTA: ESPAÇO DE INTERAÇÃO E TÉCNICA**

O caráter interativo da pesquisa qualitativa demanda a integração do pesquisador no campo para a apreensão qualitativa da realidade, permitindo responder tanto aos questionamentos oriundos da teorização sobre a realidade social e recorte do objeto, quanto os que surgem durante o trabalho de campo. Esta abordagem não-estruturada (sem rigidez protocolar) requer um exercício contínuo do pesquisador de refazer os questionamentos sobre a realidade e, assim, relativizar as hipóteses anteriormente formuladas frente às evidências empíricas que o campo propicia.

É justamente a articulação entre o olhar do pesquisador, norteado pela teoria, e a sua vivência no campo, familiarizando-se com as experiências dos sujeitos, que vai possibilitar a manifestação de intersubjetividades e interações entre ambos, e a emergência de categorias empíricas necessárias à construção de um quadro teórico de referência maior e mais próximo ao aspecto qualitativo da realidade (SEIDMAN, 1991; DREHER, 1994; MINAYO, 1994; HOLSTEIN & GUBRIUM, 1997).

Trata-se, assim, de um processo no qual a teoria dirige o olhar, porém a experiência do campo afina este olhar.

O trabalho de campo é uma experiência longitudinal e a necessidade de convivência próxima entre pesquisador e participantes, cujo atributo está sendo estudado requer um grande envolvimento do primeiro no campo, a tal ponto que ele seja percebido não como um avaliador externo, mas um nativo. Para tal é fundamental estar junto com os sujeitos da pesquisa, conversar, conviver, tornar-se familiar com suas experiências. Esta participação pode se dar de diversos modos, através de observações, conversas livres e informais até debates organizados individualmente ou em grupos (SEIDMAN, 1991; DEMO, 1994).

Em decorrência desta interação, dois aspectos ganham relevância e merecem ser comentados: o controle da objetividade e a posição de dissimetria dos sujeitos.

O envolvimento entre pesquisador e participantes na pesquisa qualitativa, ao invés de ser tomado como falha na construção de um conhecimento objetivo, é condição necessária para o aprofundamento da relação intersubjetiva, diferentemente da ciência clássica que, baseada no treinamento formal metodológico, tenta contornar esta questão através do controle da interferência da ideologia.

Uma proposta neste sentido é o distanciamento entre pesquisador e participantes, buscando uma distinção entre ambos e, conseqüentemente uma pretensa neutralidade científica. Entretanto, esta tomada de posição diante do objeto, que já é ideologicamente determinada, além de não obter o que pretende pode empobrecer a vivência do pesquisador no campo. O distanciamento só faz sentido em uma pesquisa qualitativa durante a fase de análise, quando o pesquisador faz perguntas ao material coletado no campo, buscando identificar padrões de respostas e categorias de análise, num processo em que ele desconstrói o discurso dos sujeitos e o reconstrói a partir de seus marcos teóricos.

Desse modo, assume-se a ideologia como um fenômeno intrínseco ao caminho científico, passível de controle, através da evidência, transparência, crítica e auto-crítica. Para tal, é necessário aceitar como científico apenas aquilo que for discutível, sujeito a revisão, a mudança. Ou seja, os compromissos ideológicos precisam ser sujeitos a exame

aberto, a diálogos com os sujeitos da pesquisa, com outros pesquisadores, com informantes privilegiados, isto é, aqueles que detêm grande conhecimento a respeito do objeto estudado. Esta predisposição à revisão de idéias e concepções teóricas deve permear cada etapa da construção científica.

Neste estudo, o fato de o pesquisador ser também pediatra, facilita o envolvimento intersubjetivo com os sujeitos da pesquisa, na medida em que ambos partilham do mesmo código de comunicação, o qual expressa o coletivo reconstruído com base na experiência vivida individualmente e na reflexão de cada um a respeito dela. Porém, deve-se ressaltar a existência de uma relação direta entre a intensidade da relação intersubjetiva e da interferência ideológica.

A identidade profissional entre pesquisador e participante pode ajudar, porém não é suficiente para garantir a empatia e atenuar a dissimetria, isto é, a situação de desigualdade em que se dá a entrevista, com relação às posições ocupadas por pesquisador e participante. A relação dissimétrica é fruto de eventuais inserções socioeconômicas diversas, as quais propiciam aos sujeitos experiências socioculturais distintas e até conflitantes. Suas implicações sobre o processo científico referem-se justamente à influência sobre a qualidade das informações obtidas. Este aspecto é muitas vezes desvalorizado, sendo bastante comum encontrar autores que atribuem o sucesso da entrevista a uma questão de treinamento e habilidades do pesquisador, sem dúvida necessários, mas insuficientes para explicar o êxito.

Tal como ocorre com a ideologia, essa dissimetria nas posições do sujeitos, entrevistador e entrevistado, deve ser assumida criticamente em todo o processo de construção científica. O pesquisador necessita, assim, desempenhar um papel de facilitador, auxiliando o entrevistado a selecionar detalhes de sua experiência, refletir sobre eles e ordená-los, permitindo a compreensão do significado que lhe atribui.

Neste ponto, a técnica passa a ser fundamental, pois possibilita captar além do que está sendo falado. As observações e intervenções realizadas não podem ser soltas, desvinculadas de uma teoria, mas direcionadas e sistematizadas a partir da fundamentação teórica que delimita um quadro de referência dentro do qual as explicações são inseridas,

contextualizadas. Não se trata de buscar exatidão nas opiniões emitidas, traduzida em práticas correspondentes às falas, mas tentar entender o significado que as percepções dos entrevistados sobre certo tema têm para a estabilidade organizacional da instituição, visando sua reprodução ou transformação.

A literatura sobre técnicas de entrevista aponta certos aspectos que podem criar dificuldades, tais como temas mais polêmicos que envolvem comportamento esperado e julgamento de valor, pressão social sobre os entrevistados, dificultando o reconhecimento de fracassos e outros. As estratégias propostas na maioria das vezes passam pela utilização de técnicas que permitem confrontar os depoimentos com as práticas dos sujeitos, como a triangulação (HARTLEY *et al*, 1985; MECHANIC, 1989; MAYKUT & MOREHOUSE, 1994).

Dentro da visão positivista, a lacuna verificada entre ambos (depoimentos e práticas) é atribuída a limitações dos instrumentos de coleta de dados ou a dificuldades dos sujeitos, como resistência a mudanças de comportamento. Para superar tal disparidade e captar a realidade da forma como ela se apresenta, o rigor metodológico na concepção e utilização dos instrumentos de pesquisa é condição suficiente (PATTON, 1990; MARSHALL & ROSSMAN, 1995).

Entretanto, na pesquisa social, o que é considerado falha metodológica na concepção positivista pode se constituir em pontos ricos de análise, evidenciando tentativas dos sujeitos dissimularem seus conflitos e possibilitando a busca de núcleos de significado mais profundos. Desta perspectiva, a técnica de triangulação complementando a entrevista com outras observações, pode ajudar a clarear aspectos paradoxais dos depoimentos e seus significados para o grupo social investigado.

A própria definição de entrevista – ‘conversa com finalidade’ - deixa claro tratar-se não apenas de uma simples comunicação verbal, mas um espaço de convergência de dois aspectos fundamentais no processo de investigação da realidade social: o relacional, de interação entre sujeitos sociais, pesquisadores e participantes e o técnico, orientado por certos preceitos de pesquisa.

Portanto, a habilidade do entrevistador, sua credibilidade perante o grupo pesquisado, as técnicas utilizadas, certamente influem na qualidade do material obtido, mas é a posição de desigualdade entre os sujeitos que ali se encontram, reproduzindo as desigualdades encontradas em nossa sociedade, o maior condicionante dos resultados da pesquisa.

Dentre as distintas modalidades de entrevista, a semi-estruturada é a utilizada neste estudo, pelo seu caráter de possibilitar ao entrevistado a oportunidade de discorrer sobre o tema proposto com certa liberdade sem condições pré-fixadas pelo pesquisador, mas permitindo a este de fazer as adaptações necessárias para abordar suas hipóteses ou pressupostos (THIOLLENT, 1987; PATTON, 1990; MAYKUT & MOREHOUSE, 1994; MARSHALL & ROSSMAN, 1995).

Apesar destas dificuldades, a entrevista se constitui num instrumento adequado para compreender os valores culturais e as representações de certos grupos sobre temas específicos, entender as relações entre atores sociais no nível institucional ou em movimentos sociais e para avaliar as políticas públicas e sociais, desde sua formulação até sua implementação, sob diferentes perspectivas (MINAYO, 1992).

Neste estudo, busca-se a compreensão de um aspecto central no processo de trabalho do pediatra, o processo decisório, e de um aspecto da atenção, a qualidade, utilizando esta técnica. A fala dos pediatras possibilita recortar o cotidiano nos termos em que as questões lhes foram formuladas e produzir uma reordenação de aspectos vividos e recordados por eles. A seleção de conteúdos relatados e a forma como o fazem são construções, ou seja, interpretações dos pediatras, passíveis de serem estudadas pelo instrumental existente no campo da pesquisa social.

## **8.5. A ANÁLISE DOS DADOS: ARTICULANDO TEORIA E INTERPRETAÇÃO**

O material empírico de uma pesquisa qualitativa consiste na maioria das vezes de depoimentos dos sujeitos e de anotações realizadas pelo pesquisador, os diários de campo. Ambos materializam o exercício da capacidade de ouvir, observar, sentir, refletir do pesquisador.

Analisar este material significa organizá-lo, dividi-lo em partes, relacionando estas partes e procurando identificar nele tendências e padrões relevantes, nos quais se busca estabelecer relações e inferências num nível de abstração mais elevado.

Neste processo, vai-se delimitando progressivamente o foco de estudo, formulam-se questões analíticas, aprofunda-se a revisão de literatura, testam-se idéias junto aos sujeitos e usam-se extensivamente comentários e observações coletados durante o trabalho de campo (LUDKE & ANDRÉ, 1986).

A interpretação é um trabalho artesanal de construção de significados no qual a lógica dos atores, pesquisador e participante, imbricam-se, resultando num produto novo, um objeto construído, objetivado, portador de consciência histórica.

Dentre as diferentes técnicas desenvolvidas para analisar o material, a análise de conteúdo foi escolhida por se constituir numa abordagem que possibilita trabalhar com os depoimentos, ultrapassando-os e descobrindo o que está por trás dos conteúdos manifestos, das aparências, do que foi falado. Neste sentido, ela não se refere aos elementos formais do discurso, mas a seus conteúdos de prática, a implicação da história de vida das pessoas, os compromissos ideológicos em jogo, as lutas do dia-a-dia, os fins que almejam entre outros. Este é o maior desafio para o pesquisador, desvendar o desconhecido, penetrar no mundo dos sujeitos em estudo, evitando que o conteúdo fique subordinado apenas às formas de expressão (DEMO, 1994).

Vale ressaltar que não se pretende eximir das formalizações, etapas necessárias na investigação científica. Sistematizar, catalogar, descobrir relevâncias que se repetem são procedimentos importantes e exigem disciplina para coletar e ordenar o material a ser analisado.

Inicialmente o material é ordenado através de procedimentos de transcrição de fitas contendo as entrevistas e organização das observações e comentários registrados no diário de campo e durante as discussões com interlocutores externos (orientador, pares).

A próxima etapa consiste na classificação dos dados, na qual se faz leitura exaustiva e repetida do material, impregnando-se dele, fazendo perguntas a ele, comparando e contrastando, na tentativa de descobrir estruturas de relevância que dão lógica interna aos depoimentos. É a etapa da descoberta, na qual é possível identificar-se

experiências, conceitos, idéias, expressões recorrentes, potencialmente importantes que vão sendo indutivamente codificados. São as unidades de registro e as unidades de contexto, que ao serem comparadas, contrastadas, agrupadas, possibilitam ao pesquisador ir, aos poucos, desenvolvendo um conjunto de categorias, unidades de significado, que fornecem uma reconstrução provisória dos dados. O processo continua com a criação de regras de inclusão/exclusão, que são enunciados ou proposições construídos pelo pesquisador que re-agrupa as categorias em unidades de significado mais abrangentes, as categorias empíricas.

Finalmente, busca-se dar um sentido ao conjunto, juntar o empírico com o teórico, o concreto com o abstrato, o particular com o geral, identificando-se ideologias, tendências e outras determinações dos fenômenos analisados. Chega-se, então, aos temas, resultantes da articulação destas categorias empíricas com as categorias analíticas, definidas na fase exploratória da pesquisa. Este processo é denominado análise de conteúdo em sua variante temática (MINAYO, 1992; MAYKUT & MOREHOUSE, 1994; MORSE & FIELD, 1995).

O produto final deste exaustivo processo de análise produz um conhecimento que, ao ser fruto da objetivação da realidade sob a perspectiva do pesquisador, é inacabado e tem caráter provisório.

Sem apregoar o apego excessivo ao método, o pesquisador ressalta a necessidade de se sistematizar técnicas e procedimentos para exercer uma vigilância sobre o processo de investigação científica. Ausência de rigidez não significa ausência de rigor metodológico.

## **8.6. O CAMPO COMO REALIDADE EMPÍRICA**

Após tecer as considerações teórico-metodológicas anteriores, descreve-se aqui a realização da pesquisa no campo.

A seleção dos sujeitos neste estudo levou em consideração primordialmente duas características: ser médico pediatra e estar inserido na rede básica de atenção à saúde. Outro critério, o de trabalhar no município escolhido para constituir o campo da pesquisa, deveu-se apenas à conveniência do pesquisador, que nele reside e trabalha, tendo, portanto,

acesso a pessoas que facilitaram a operacionalização do estudo, fornecendo informações sobre as 43 unidades de saúde, sua localização e telefone, alocação dos pediatras e respectivos tempos de trabalho.

Além disso, foram selecionados pediatras que trabalhavam na rede pública há pelo menos dois anos, tempo compreendido como suficiente para ter uma vivência neste serviço, entender sua lógica organizacional e reconhecer suas possibilidades e limites.

Do total de 160 pediatras que atuavam nos serviços municipais de saúde na época da realização deste estudo, 12 foram excluídos por atuarem no nível central ou integrando as equipes de supervisão e sete por realizarem seu trabalho apenas em áreas emergenciais que funcionam em unidades de saúde que são referências regionais. Dentre os 141 que restaram, 73% (103) eram do sexo feminino e 27% (38) do sexo masculino; 52% (74) trabalhavam há menos de dois anos e 48% (67) há mais de dois anos.

Dentre estes 67 pediatras, buscou-se obter uma amostra que apresentasse a maior variabilidade com relação a algumas variáveis, tais como inserção em unidades de saúde pertencentes a diferentes regiões do município, tempo de trabalho na rede variado e ser de ambos os sexos.

Esta forma de construir a amostra (“purposeful sampling”: amostra com intenção) possibilita obter maior abrangência de aspectos que podem ilustrar o fenômeno estudado (SEIDMAN, 1991; MAYKUT & MOREHOUSE, 1994; MAXWELL, 1996).

Diferentemente da abordagem quantitativa que, ao definir a amostra, busca um critério de representatividade numérica que possibilite a generalização dos conceitos teóricos a serem testados, a avaliação qualitativa se preocupa mais com o aprofundamento de questões relativas a um grupo social, uma organização, uma instituição, uma política, etc. Seu critério, portanto, não é numérico (MINAYO, 1992).

Assim, o tamanho da amostra não foi definido *a priori*, sendo o critério usado a suficiência para refletir a totalidade do quadro empírico da pesquisa. A princípio, estabeleceu-se um tamanho de amostra arbitrário de 15, que foi reduzido para 13 no decorrer da pesquisa, na medida em que ocorreu a saturação de conceitos e idéias no

material obtido. A saturação é a percepção do pesquisador de que o material coletado adquiriu um certo padrão e não acrescenta mais informações relevantes para a compreensão do objeto estudado (CRESWELL, 1998; LEININGER, 1994; MAYKUT & MOREHOUSE, 1994; MINAYO, 1992; SEIDMAN, 1991; MORSE, 1995).

As características dos pediatras que compuseram a amostra são as seguintes: oito eram do sexo feminino e cinco do sexo masculino; as idades variaram entre 32 e 48 anos, sendo que sete tinham mais de 40 anos.

Quanto à formação, 12 deles possuíam residência em pediatria, sendo que um possuía também o título de especialista. Um possuía apenas o título. Dois haviam concluído o mestrado.

10 dos pediatras eram formados há mais de 10 anos. O tempo de formação variou entre três e 22 anos.

Com relação ao tempo de trabalho no serviço público, nove relataram ser maior de 10 anos.

Quanto à inserção em outras modalidades de trabalho, além da rede básica: cinco trabalhavam em consultório, dois em hospitais e três em mais de uma modalidade. Três dos entrevistados trabalhavam exclusivamente na rede de saúde.

Após seleção dos sujeitos candidatos a serem entrevistados, o pesquisador realizou contato por telefone, diretamente com os participantes que já conhecia, ou através do coordenador das unidades de saúde que indicaram alguns pediatras para comporem a amostra. Todos os que foram convidados aceitaram participar.

O contato inicial é muito importante na medida em que ele marca o início de um relacionamento entre sujeitos, que será aprofundado com a realização da entrevista. Assim, se ele não ocorrer de modo satisfatório, isto pode influir negativamente na qualidade da interação e, portanto, da própria entrevista. A posição desigual de poder, que leva ao temor de ser observado, avaliado, a desconfiança com relação aos objetivos do estudo, os problemas causados na dinâmica de atendimento no serviço de saúde, são questões que o pesquisador precisa conhecer de antemão, buscando atenuar suas conseqüências sobre a entrevista propriamente.

Os cuidados tomados neste sentido foram: apresentação pessoal, breve relato sobre a pesquisa, solicitação da participação do pediatra e questionamento sobre o local e hora mais adequados, levando em consideração a disponibilidade do pediatra em outros horários e locais, para evitar ao máximo a interferência na dinâmica assistencial da unidade de saúde.

A elaboração do roteiro da entrevista (Anexo 3) ocorreu no final da fase exploratória da pesquisa, quando a construção do referencial teórico e a delimitação do objeto - qualidade da atenção pediátrica - evidenciaram algumas categorias analíticas relevantes para sua compreensão, tais como: avaliação da qualidade, processo de trabalho do pediatra, processo decisório, qualidade técnica e assistência à saúde.

A parte inicial do roteiro, contendo questões sobre o entrevistado, possibilitou identificar características que poderiam, eventualmente, produzir diferenças nas percepções sobre a própria prática tais como: gênero, idade, nível de formação, tempo de atuação profissional e formas de inserção no mercado de trabalho. Além disso, estas questões iniciais servem de 'aquecimento' para o processo de entrevista que está se iniciando.

A seguir, solicitou-se uma definição para qualidade da atenção médica, tentando-se especificar a qualidade da atenção pediátrica. Foi uma questão teórica, na busca de perceber os elementos que configuram uma noção. Esta questão permitiu uma aproximação do trabalho médico com seu objeto a partir da noção da qualidade. Solicitou-se, então, uma descrição de aspectos positivos e negativos presentes no cotidiano do trabalho, desde características da clientela, condições de trabalho (incluindo local, área física, recursos humanos e materiais, equipamentos, retaguardas, processo de trabalho), modalidades de trabalho (público x privado), políticas públicas, etc, e a forma como eles interferem na qualidade do trabalho pediátrico.

Na terceira questão, buscou-se compreender a interação entre a racionalidade clínica e os aspectos presentes no cotidiano de trabalho no centro de saúde que norteiam o pediatra em seu processo decisório.

A próxima questão propôs ao entrevistado explicitar suas concepções a respeito do serviço público, através das estratégias que utiliza ou não para trabalhar e decidir com qualidade dentro das limitações que os centros de saúde colocam.

A seguir, buscou-se compreender como o pediatra se vê como sujeito coletivo responsável para tentar equacionar a escassez de recursos do setor saúde no seu trabalho.

Na sexta questão, questionou-se sobre estratégias para adaptar a racionalidade científica, dentro do contexto de trabalho do centro de saúde, e os limites técnicos e éticos para tais flexibilizações.

Na próxima, tentou-se analisar a relação entre pediatra e gerente local, e o poder de interferência sobre a autonomia profissional, concebida como um elemento central da qualidade do trabalho médico.

Na última, voltou-se à definição de qualidade e à polarização entre o ideal e o possível, a partir da reflexão propiciada pelas questões anteriores.

Estas questões principais nortearam a condução das entrevistas, mas outras foram formuladas baseadas nas falas de cada sujeito e na necessidade de aprofundar sua compreensão.

Este instrumento foi elaborado no final da fase exploratória e pré-testado para verificar clareza e pertinência das questões elaboradas. Entretanto, é oportuno ressaltar que ele pode ser revisto caso, durante a fase de campo, os dados empíricos sugiram a inclusão de outras categorias fundamentais para a compreensão do objeto estudado, já que a coleta de dados e a análise dão-se simultaneamente.

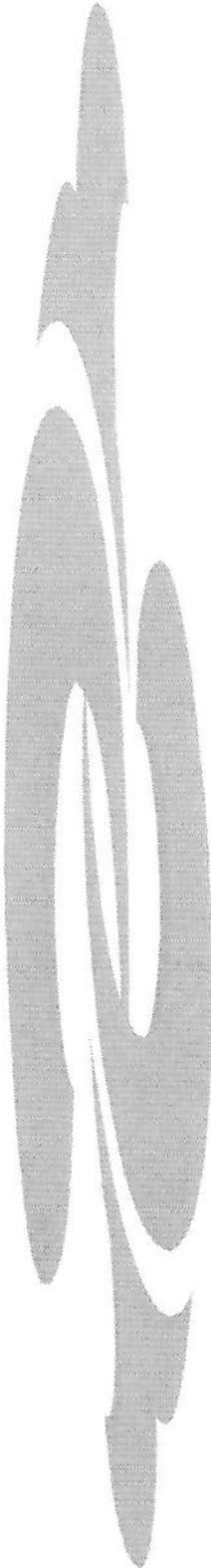
As entrevistas foram realizadas pelo próprio pesquisador e gravadas com o consentimento do participante (Anexo 1). Sua duração variou entre de sessenta e noventa minutos. Imediatamente após cada entrevista, a fita gravada foi transcrita integralmente, o que possibilitou que fossem analisadas em sua totalidade, evitando vieses do pesquisador, tais como a seleção antecipada do que deve ser objeto de análise, com a exclusão prematura de parte do material.

A transcrição foi realizada por duas pessoas com experiência prévia neste tipo de trabalho, seguindo roteiro previamente elaborado pela pesquisadora. Neste, definiu-se basicamente a formatação, algumas regras para identificar reações dos entrevistados, tais

como silêncio, riso ou outras situações ocorridas durante a entrevista, como interrupções, superposição de falas, etc. O prazo estabelecido de uma semana para a entrega de cada transcrição foi, em geral, cumprido. Esta recomendação, proposta por diferentes autores que trabalham com metodologias qualitativas, baseia-se no fato de manter na memória detalhes do desenrolar da entrevista que podem ser significativos no momento da análise e, que vão sendo esquecidos com o passar dos dias.

O material transcrito gerou 235 páginas digitadas com letra “Times New Roman”, espaço duplo. Logo após o recebimento de cada entrevista, a pesquisadora realizou uma checagem final, ouvindo a fita e fazendo as correções necessárias nas transcrições.

O volume de material para ser analisado em pesquisa qualitativa costuma ser extenso, daí a necessidade de se ter um “software” que facilite o manuseio de todo este material, organizando-o, separando-o de acordo com a codificação realizada e reagrupando-o em categorias e contextos propostos pelo pesquisador. A organização e preparo do material coletado foi feita com o auxílio do programa ETHNOGRAPH v 5.0 (SEIDEL, 1998). Vale ressaltar que o processo de análise, por ser bastante complexo e envolver capacidades cognitivas específicas (reflexão, interpretação), ultrapassa as possibilidades de ser realizado por um programa de computador. Este é valioso como ferramenta para ajudar o pesquisador a compilar, organizar e manipular a enorme quantidade de material gerado, facilitando sua análise, mas sem substituí-lo.



## ***9. ASPECTOS ÉTICOS***

## 9.1. ASPECTOS ÉTICOS

Acreditando-se que toda pesquisa com seres humanos envolve um risco potencial, seja ele moral ou físico, torna-se fundamental a adoção de medidas que busquem resguardar os direitos e deveres tanto dos sujeitos da pesquisa quanto dos pesquisadores em situações que possam envolver eventuais conflitos éticos.

Dessa forma, seguindo determinação do Comitê de Ética desta Instituição será utilizada neste estudo a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que instituiu diretrizes e normas regulamentando pesquisas envolvendo seres humanos.

Particularmente neste estudo, o aspecto ético mais relevante é aquele resultante da situação de entrevista, em que os participantes falam sobre aspectos de sua vida profissional, de seu vínculo com a instituição empregadora (no caso, os serviços públicos de saúde), os quais podem expô-los a situações de vulnerabilidade.

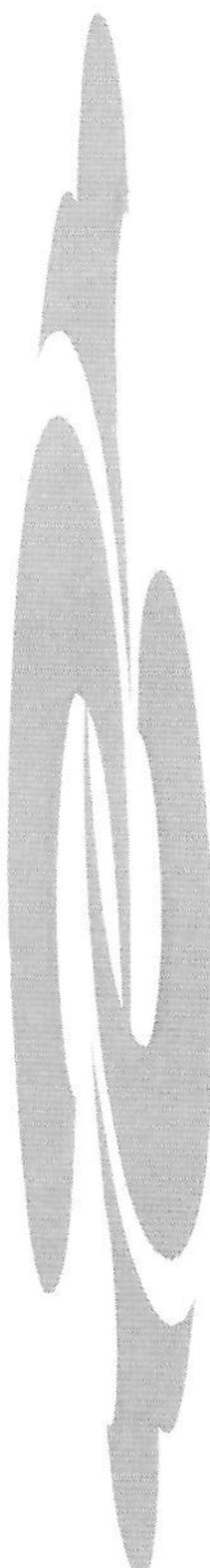
A adoção de medidas que garantam o anonimato dos entrevistados pode protegê-los de tal situação:

- utilização de nomes fictícios para os participantes durante a transcrição das entrevistas.
- omitir o uso de qualquer nome de pessoa, lugar ou serviço que possa servir como referência para identificá-los.
- antes da transcrição, as fitas com as entrevistas serão mantidas fechadas sob a responsabilidade do pesquisador e após sua transcrição, elas serão apagadas.

Outro aspecto importante é o que diz respeito ao esclarecimento dos participantes sobre a afiliação do pesquisador, as finalidades da pesquisa, a metodologia utilizada, os usos de seus resultados bem como as formas de disseminação do conhecimento adquirido, os riscos a que estão se submetendo, seus direitos (liberdade para participar ou não, liberdade para se recusar a responder alguma questão específica, para sair a qualquer

momento que o desejar). Um consentimento livre e informado conterà estas informações (ANEXO 1) e deverá ser assinado pelo pesquisador e participante, ficando cada um deles com uma cópia.

Além dos participantes, a instituição à qual eles se vinculam (Prefeitura Municipal de Campinas) também será informada sobre a realização da pesquisa e deverá estar de acordo, assinando consentimento em duas cópias. (ANEXO 2).



## ***10. RESULTADOS***

A partir da construção teórica anterior, a avaliação da qualidade, a qualidade da atenção médica, o processo de trabalho do pediatra, o processo decisório e a assistência à saúde surgiram como unidades de significados que iluminam o que se está denominando de 'a qualidade possível'.

Da análise dos depoimentos dos participantes e relatos dos diários de campo, foram selecionadas as categorias empíricas que apareceram mais enfaticamente segundo os seguintes critérios:

- relação de positividade com a qualidade da atenção pediátrica: vínculo médico-paciente, comunicação médico-paciente, autonomia do profissional e do paciente, clínica ampliada, estratégias;
- conformadoras da prática profissional: mercado de trabalho, modelo de atenção, modelo pedagógico, formação médica, realidade institucional, relações hierárquicas;
- centralidade na prática: processo decisório.

O quadro a seguir sintetiza o processo de construção das categorias empíricas:

<b>Critério para Seleção</b>	<b>Categoria</b>	<b>Definição</b>	<b>Exemplo</b>
<b>Positividade</b>	Vínculo médico-paciente	Confiança, singularidade, seguimento	"Outro aspecto é o do vínculo, da relação que se estabelece com a família, com o paciente, que eu acho que é tão ou mais importante do que o outro; não substituí o primeiro (técnico), mas é tão ou mais importante."
	Comunicação médico-paciente	Linguagem, interpretação, necessidades	"Eu acho que se você consegue estabelecer uma comunicação de fato, pronto! Eu acho que é uma questão de comunicação, e é claro que a comunicação depende dos dois lados."
	Autonomia profissional	Controle, decisão, ideal	"A consulta do meu paciente no consultório não é muito diferente...o mesmo empenho e a mesma conduta...Eu acho que este é um aspecto: eu me desdobra para oferecer o melhor tecnicamente e tomar a decisão mais técnica possível."
	Autonomia do paciente	Compartilhar, respeito, parceria	"Qualifica, você conseguir estimular que a pessoa construa as alternativas para resolver o seu problema, para enfrentar... Que ela construa isso e não você comandando..."
	Clínica ampliada	Redefinição do objeto, demandas	"...outra coisa que diferencia um pediatra, que qualifica, é ampliar esse seu objeto de trabalho, ampliar essa unidade de atendimento... ampliar no sentido não só dos pais, como da família, e também ampliar no sentido de abordagem daquele ser, que é um ser que não é só um corpo físico, no qual você está atuando e deixando de compreender a biografia dele."
	Estratégias	Responsabilidade, envolvimento	"... a falta do remédio você consegue, a falta do exame, você acaba..., quando você tem a intenção de fazer, você acaba conseguindo..." "Buscar saídas, e nunca se desresponsabilizar..."
<b>Conformadoras da prática</b>	Mercado de trabalho	Inserção, lucro, sistema	"Uma das coisas que eu considero fundamental é ele (o pediatra) não ser capturado pelo sistema mais lucrativo... essa coisa de ver a Medicina como uma fonte de renda própria do médico, não colocando como central a atenção que ele está prestando para as pessoas."
	Modelo de atenção	Biológico, processo fragmentado, clientela	"Seguir as diretrizes apenas é uma simplificação e não qualifica a proposta. É uma ambigüidade, pois não adianta atender a todos e não oferecer uma atenção adequada."
	Modelo pedagógico	Escola médica, crítica, núcleo da prática	"Acho que nossa formação é muito pobre em construção, em autonomia, busca de conhecimento e de utilização do conhecimento..."
	Formação médica	Conhecimento, aperfeiçoamento, vivência	"...a formação ajudou muito, é inegável... em termos de conhecimento técnico é inegável, eu acho que a base, eu tenho que agradecer sim, foi boa."
	Realidade institucional	Recursos, retaguardas, processo trabalho	"o que me incomoda mais, e que atrapalha a qualidade, é a falta de alguns exames que a gente pode estar pedindo na rede..."
	Relações hierárquicas	Equipe, conflitos, gerência	"...já vi acontecer de ter profissionais aqui desse serviço que, por conta de questões pessoais, rixas, com a coordenação, foram embora, pediram demissão..."
<b>Centralidade</b>	Processo decisório	Autonomia, técnica, realidade	"A tomada de decisão sempre contemplando toda a realidade, a singularidade do caso, ouvindo muito, compartilhando muito com o outro."

No processo de articulação entre teoria e dados empíricos, emergiram unidades de significados mais abrangentes, os temas. Os três temas propostos para responder às indagações desta pesquisa foram: o conceito de qualidade; a flexibilização do processo decisório e a re-construção da qualidade possível nos serviços; a centralidade estratégica dos pediatras.

Alcançar tais níveis de significação tornou-se possível via o discurso emitido pelos sujeitos entrevistados, destacado no texto em itálico.

As categorias empíricas (em negrito) aparecem na medida em que acrescentam significados aos três temas.

### **10.1. A QUALIDADE: UMA APROXIMAÇÃO ENTRE DOIS MUNDOS**

O aspecto central que confere qualidade ao cuidado médico é a aproximação entre dois mundos: do paciente e do médico, de forma que, quanto maior for esta aproximação, mais qualificada é a atenção médica.

A análise deste tema foi norteadada pela identificação de três níveis distintos de relações: interindividual, serviço-profissional e serviço-usuário, as quais vão definir algumas possibilidades e limites para que esta aproximação se efetive em maior ou menor grau.

Além desta sistematização, utilizou-se como referencial para análise, a teoria do processo de trabalho segundo a concepção de HABERMAS (1994), permitindo distingui-lo em dois eixos, como ação produtiva e ação comunicativa.

Dentro desta proposta, busca-se compreender a qualidade do trabalho do pediatra nas três dimensões (interindividual, serviço-profissional e serviço-usuário), enxergando dentro de cada uma, os eixos produtivo e comunicativo.

A aproximação entre o mundo do paciente e o do médico, vista em sua singularidade, como uma relação interindividual, refere-se ao jogo de relações entre os sujeitos sociais e históricos. De um lado, o médico, comprometido com interesses que norteiam seu trabalho e representam um coletivo de sujeitos. Por intermédio da ação técnica, exprime esses compromissos político-ideológicos, o que confere a esta ação o caráter de prática social. Na fala de um dos entrevistados, tais compromissos surgem como ‘necessidades’ que, quando supridas, levariam-no a alcançar um certo “status” social.

*"O médico tem esse perfil de buscar vários serviços para poder estar conseguindo ter um ganho que satisfaça aquilo que é a sua necessidade. Eu acho que a gente acaba meio se espelhando num "status"."*

De outro lado, o paciente, sujeito portador de necessidades socialmente construídas, que ele identifica como passíveis de serem resolvidas através da intervenção técnica do médico. Neste encontro, o pediatra identifica que a qualidade de sua atuação técnica, pode representar uma possibilidade de atender às expectativas do paciente, como sugere a fala a seguir:

*"...a qualidade no sentido dela responder tecnicamente de maneira mais atualizada e adequada àquela queixa específica que o paciente traz..."*

Nos depoimentos dos médicos, foi possível identificar, na dimensão interna desta relação singular, a presença dos dois eixos que marcam o trabalho médico. Aqui encontramos as construções teóricas de HABERMAS (1994), que SCHRAIBER e outros autores trouxeram para o campo da saúde, definindo a ação produtiva do trabalho médico como tecnologia que envolve os saberes científico, operante e prático. Embora os pediatras entrevistados colocassem ênfases diferentes nos aspectos produtivo e comunicativo, de modo geral predominou o primeiro, ou seja, a atuação profissional entendida a partir da racionalidade técnica.

Assim, na definição de qualidade, os elementos que compõem a ação técnica foram considerados os mais relevantes no grupo de pediatras pesquisado. Lidar com os saberes operante e prático segundo os preceitos éticos da profissão, intervir, decidir, identificar dificuldades para a atuação técnica, traçar **estratégias** para superá-las, foram as questões cotidianas que os pediatras construíram em suas representações, como elementos que qualificam a atenção por eles prestada.

Dessa forma, as situações que, na percepção dos pediatras, dificultaram a utilização do conhecimento científico, materializado na clínica, foram consideradas como obstáculos à qualidade. Alguns exemplos mais citados foram: má formação técnico-científica, insuficiência do tempo para consultar, má qualificação técnica da equipe de saúde, dificultando o trabalho médico, problemas na retaguarda laboratorial e especializada.

*"o que me incomoda mais, e que atrapalha a qualidade, é a falta de alguns exames que a gente pode estar pedindo na rede. Por exemplo, eu faço ambulatório de bronquite aqui. Então, eu não posso pedir, por exemplo, eletrólitos no suor, uma prova de função pulmonar. Eu tenho que encaminhar esse paciente para a Unicamp, que vai demorar um tempão para ser atendido, para fazer tudo isso aí... eu acho assim que faltam alguns exames que poderiam ser colocados para os médicos que estão dispostos a fazer esse tipo de coisa..."*

*"Antibióticos até que é legal, porque nós temos Amoxil, Benzetacil, temos a sulfa; agora tem cloranfenicol, a Ampicilina. Falta Rinossoro, por exemplo, para quem não pode comprar! E os antialérgicos, esse é o mais drástico de todos..."*

*"Eu acho que esses encaminhamentos para especialidades, eles tem uma resolutividade muito baixa. Porque não existe, por parte do profissional que faz o atendimento, um envolvimento com o caso..."*

*"Eu acho que só tem qualidade de atenção quem tem um mínimo de qualidade de formação. Eu acho que é um ponto que depende do pediatra e da escola e também da reciclagem do ... acho que o serviço tem que dar algumas condições, por exemplo, no meu caso qualidade significa tempo (para realizar cada consulta), entendeu? Eu preciso muito de tempo ..."*

As dificuldades que foram apontadas no trabalho em equipe, estão mais adiante quando se analisam as relações serviço-profissional.

Desse modo, para legitimar-se perante a sociedade, a **formação técnico-científica** é tida como fundamental e 'quase uma garantia' de atenção de qualidade. Uma formação sólida pode ser obtida através da residência médica, onde o médico tem oportunidade de vivenciar as peculiaridades dos diferentes níveis de atenção à saúde, organizados segundo lógicas e propostas diversas, e assim, construir sua própria experiência. Embora o enfoque da residência em pediatria seja para a doença na criança e não para a criança, os pediatras consideraram esta etapa de sua formação como primordial

em sua formação e não criticaram, em sua maioria, o modelo clínico centrado em aspectos eminentemente biológicos. Mais adiante esboça-se, por parte dos sujeitos entrevistados, uma crítica a esses modelos pedagógicos.

*“...a pessoa que tem uma boa formação, uma formação sólida mesmo em Pediatria, experiência mesmo, essa coisa da residência acho que é importante para dar qualidade. Essa vivência da criança doente no hospital, no ambulatório tendo a oportunidade de passar por vários serviços, várias dinâmicas de atenção, conhecer as propostas que existem de atenção à criança, não só no Brasil como no mundo todo. A residência médica dá uma boa oportunidade para a pessoa adquirir isso. Acho que precisa também de constante aperfeiçoamento. A educação continuada ...”*

*“...a formação ajudou muito, é inegável... em termos de conhecimento técnico é inegável, eu acho que a base, eu tenho que agradecer sim, foi boa.”*

Para os pediatras, a boa formação necessita ser mantida, atualizada, aperfeiçoada ao longo do tempo. Isto se consegue através das iniciativas de educação continuada (reciclagens e encontros científicos) e do próprio cotidiano de trabalho. Levando-se em conta o último depoimento, pode-se inferir uma certa reificação desses aparatos pedagógicos, na medida em que o entrevistado chega a afirmar que o conhecimento adquirido é motivo de agradecimento, reconhecimento e qualificação positiva. Contudo, os pediatras reconhecem que o contato diário do médico com seu paciente oferece oportunidade de crescimento pessoal e profissional, possibilitando-lhe construir uma prática crítica, embasada por valores éticos, e aprimorar, lapidar o conhecimento científico materializado na clínica. Nas próximas falas fica nítida a importância do cotidiano de trabalho na conformação da prática.

*“Eu vou muito na prática dos casos que eu já tratei e que pedi retorno e foram positivos. Então, eu continuo tratando daquele jeito os outros pacientes que parecem iguais. É por isso que eu gosto muito do retorno, porque se eu não estou sendo eficaz, então, eu tenho que mudar a minha conduta.”*

*“...você vai também ter que se aperfeiçoar no cotidiano de trabalho. Eu acho que aí é que vai diferenciar um pediatra do outro...”*

Desse modo, a qualidade técnico-científica é um processo que se re-constrói indefinidamente, sendo conformada por dois elementos que se complementam mutuamente: conhecimento e vivência.

O aperfeiçoamento e a diferenciação do médico fundam-se na reconstrução do objeto de sua prática, buscando ampliá-lo. No caso do pediatra, numa tentativa de passar do corpo físico para a criança como um todo; desta para os pais, a família, a escola, etc; da dor física para o sofrimento humano, no que pode se configurar em especificidade da prática pediátrica, afirmação que tem seus indícios, mas que carece de confirmação. A qualificação, neste sentido, se dá com a realização de cuidados à saúde que ultrapassam os aspectos biomédicos centrados apenas no raciocínio clínico, incorporando outras demandas do paciente, ampliando a escuta, fazendo outras leituras, conforme apontam os relatos a seguir.

*"...outra coisa que diferencia um pediatra, que qualifica, é ampliar esse seu objeto de trabalho, amplificar essa unidade de atendimento. Quem é a sua unidade de referência? Quem você está atendendo? É só a criança? É só o corpo físico? Acho que qualifica você, ampliar no sentido não só dos pais, como da família, e também ampliar no sentido de abordagem daquele ser, que é um ser que não é só um corpo físico, no qual você está atuando e deixando de compreender a biografia dele."*

*"...quando se fala em qualidade, me vem logo a idéia de que você tem que ter contemplado, pelo menos em grande parte, as ansiedades dos dois lados, de quem atende e de quem recebe o atendimento. Eu acho que, dentro das diretrizes daquele seu serviço, você consiga realizar esse trabalho e que quem está recebendo esse atendimento também saia satisfeito promovendo, vamos dizer, a afinidade da pessoa, o vínculo da pessoa com o serviço ou com aquele profissional, encontrando ali um amparo para as suas queixas, que eu consegui perceber que aquela pessoa me trouxe. O que ela queria, muitas vezes, é mais do que olhar um ouvido ou ver o que há por trás daquela gripe....muitas vezes a gente percebe que existe uma ansiedade muito grande..."*

*"...é um conjunto...tudo aquilo que a criança está apresentando é um reflexo de tudo aquilo que ela está sofrendo, muitas vezes, a forma que ela tem de expressar mesmo, já que ela não verbaliza ... existe muita angustia ... eles acabam meio que transformando em dor..."*

*“Para mim, a consulta de qualidade, primeiro, ela necessariamente tem que abordar estes aspectos que eu te falei: o aspecto econômico-social, da criança, o aspecto neurológico, o desenvolvimento social, desenvolvimento de uma forma geral ...”*

Sob esta perspectiva, os depoimentos dos pediatras revelam que a qualidade não discrimina *a priori* entre médicos e pediatras, pois seus objetos, o adulto e a criança, precisam ser ampliados, com a inclusão da família ou outros elementos que acrescentem novos significados ao indivíduo e sua doença.

*“No caso dos outros profissionais (não pediatras), a família também é importante, é muito importante; ela vai ser fundamental principalmente no seguimento, na garantia, no amparo que essa pessoa tem...”*

*“... a gente consegue um retorno, uma facilidade maior, uma aproximação maior com a família... a princípio independente da especialidade todo mundo deveria ter esse perfil, no meu ponto de vista, mas eu sinto que isso é uma coisa que acontece com facilidade maior, eu entendo que é assim, um traço da, dessa especialidade (pediatria)...”*

A peculiaridade do pediatra aparece quando as necessidades dos pacientes e suas famílias estão relacionadas a incômodos vivenciados durante o processo de crescimento, desenvolvimento e adoecimento da criança. A rapidez com que ocorrem os processos de crescimento físico e de aquisições neuropsíquicas, a dependência da criança que não consegue se comunicar através da linguagem verbal são algumas peculiaridades presentes no trabalho pediátrico. Tais aspectos aparecem implícita ou explicitamente nos depoimentos.

*“...é claro que tem momentos que dificultam. Momentos do desenvolvimento que dificultam...”*

*“...para mim, a necessidade está ligada a todo um incômodo que essa criança, essa família deve estar vivendo com o processo da criança como um todo. Pode ser desde o crescimento, o desenvolvimento, as intercorrências... Tudo que incomoda é um motivo de ser tratado adequadamente pelos serviços de saúde, pelo médico, tratado conjuntamente entre a família e o médico...”*

*"O pediatra tem a possibilidade de estar mais próximo do paciente durante um período de tempo de, digamos assim, até os dois anos ou um ano e meio. Ele vai ter quase que mensalmente consulta, a mãe vai estar presente. Eu acho que ela tem um relacionamento muito próximo com o profissional... eu acho que o pediatra particularmente tem essa proximidade. Até porque ele acompanha durante um período longo de tempo aquela criança até a adolescência..."*

Em relação ao **modelo pedagógico**, alguns pediatras reconheceram que as escolas médicas não propiciam a ampliação do núcleo de atuação do médico e privilegiam o enfoque do objeto corporificado. Também não possibilitam a construção da autonomia do outro, seja ele paciente ou profissional de saúde. A idealização e a reificação da tecnologia durante o processo formativo impediriam o aluno de perceber que o processo de atenção é também tecnologia e que deve ser aprimorada com a incorporação de elementos como o vínculo, a responsabilização, a troca, a comunicação. Assim, a formação acadêmica é um mero reproduzidor do modelo de prática hegemônico, não oferecendo oportunidade de reflexões críticas transformadoras. Embora esta questão não seja consensual, ela aparece nos depoimentos de alguns entrevistados de forma contundente.

*"...formação que te distancia do paciente...Se eu recebi aula teórica catedrática o tempo todo, eu não vou conseguir ser outra coisa, quando eu estiver no consultório, eu vou ser uma coisa próxima ..."*

*"Acho que nossa formação é muito pobre em construção, em autonomia, busca de conhecimento e de utilização do conhecimento... poder criar no campo, não ficar só no seu núcleo. A coisa da especialização coloca isso muito claro. Você trilha seu núcleo de conhecimento, não amplia. Eu acho esse um dos entraves maiores, você treina profissionais que vão ficar no serviço com essa cabeça..."*

*"...a gente não é muito ensinado a trabalhar inter-setorialmente; a gente não é ensinado a trabalhar acho que de uma maneira menos acadêmica e mais voltada para o interesse do paciente, para a necessidade do paciente..."*

Extrapolando o aspecto da boa formação acadêmica, o esforço em manter-se atualizado, a experiência, a ampliação do objeto mostram-se insuficientes para moldar uma prática de qualidade, existindo outro elemento fundamental que media a prática profissional - o **mercado de trabalho**. Embora se reconheça a busca por uma inserção adequada neste

mercado como legítima, suas pressões em direção a uma determinada prática, embutem na atenção médica um cálculo mercantil (valor investido *versus* valor retornado), aproximando-a de mercadoria. Este é um dos elementos que comprometem a qualidade. Assim, a organização do mercado, segundo o modelo liberal privatista, ao colocar o lucro e não mais o paciente como elemento central da atenção, provoca mudanças na atuação do médico. Para manter a qualidade é necessário que o profissional não seja ‘capturado pelo sistema’, mesmo atuando no setor público. Nos relatos que se seguem tal questão fica bastante nítida:

*“Uma das coisas que eu considero fundamental é ele (o pediatra) não ser capturado pelo sistema mais lucrativo... essa coisa de ver a Medicina como uma fonte de renda própria do médico, não colocando como central a atenção que ele está prestando para as pessoas.”*

*“...essa coisa de você se render às empresas de grupo, mil convênios, essa coisa...porque o cara (o médico) também tem que sobreviver. Acho que é legítimo, que ele busque uma inserção adequada no mercado, mas a pressão dessas empresas para atender de determinada forma... Acho que o cotidiano, é um cotidiano que sempre vai estar com esse jogo. Quanto que eu estou oferecendo, e quanto que está retornando para mim...”*

O conflito estabelecido entre a pressão financeira e a oferta de atenção com qualidade não tem solução fácil. A captura/cooptação pelo modelo privatista nem sempre é um processo consciente e, quando não o for, cabe ao profissional realizar uma vigilância/atenção constante à sua prática, controlando-a e revendo se seus interesses são os mesmos dos pacientes ou não. A busca pela aproximação de ambos é o que, idealmente, qualifica a atenção. Este conflito e suas conseqüências aparecem explicitados na fala que se segue:

*“Tem um conflito. Um conflito que pode ter uma saída bastante boa, bastante razoável. Eu acho que tem muita gente boa, que tem o seu consultório, está muito satisfeito. Agora se ele não consegue lidar com esse conflito, acho que tem o risco da coisa se comprometer...”*

*“Eu acho que o principal é o interesse seu pelo seu serviço. Por exemplo, eu preciso do serviço para ganhar dinheiro, sem dinheiro não dá pra fazer nada. Mas eu tenho aquele lema assim, se eu estou no meu serviço e estou fazendo aquilo que eu não quero, eu acho que não vou gostar do dinheiro que eu vou receber no final do mês, entendeu?”*

*Você tem que gostar do que você está fazendo e tem assim, que deixar ... que colher os frutos. Isso que você falou no começo, não é? Tem que colher frutos daquilo que você está plantando, ... se você está fazendo um serviço legal, está vendo que está legal, que está tendo retorno, você se empolga."*

No setor público, tal conflito não se dá de imediato ou explicitamente. As dificuldades situam-se preferencialmente no âmbito das tentativas de submeter o trabalho médico, idealmente autônomo, a controles administrativos, provocando diversas estratégias de recusa.

Portanto, de acordo com a percepção dos pediatras pesquisados, estes dois elementos, **formação profissional** e **mercado de trabalho**, atuam longitudinalmente, modulando a prática profissional de diferentes modos, aproximando e afastando o pediatra de uma atenção de boa qualidade. A qualidade na atenção médica, assim entendida, é um processo de construção e re-construção, que se inicia com a formação acadêmica e acompanha a vida profissional. Através da incorporação de vivências cotidianas e de reflexões sobre cuidados ao outro, constitui-se a experiência clínica, sob certas condições de trabalho, permitindo ao pediatra redefinir seu objeto e aprimorar a atenção prestada.

Um elemento destacado pelos participantes desta pesquisa foi o aspecto interacional do trabalho médico, a ação comunicativa, que surgiu com grande ênfase. A definição de qualidade, como uma aproximação entre dois mundos, traz, ao menos, três implicações imediatas para a prática pediátrica, no âmbito da interação comunicativa. A primeira delas é que a comunicação passa a ser elemento central, através do qual se alcança a compreensão do paciente e de suas necessidades. Este é o objetivo maior a ser buscado na atenção médica. Para atuar tecnicamente, o pediatra precisa perceber as necessidades dos pacientes e suas famílias. Estas necessidades podem ser 'incômodos' que os pacientes sentem e levam até os médicos ou situações definidas pelo conhecimento epidemiológico e veiculadas, através dos serviços de atenção à saúde, sob a forma de ações programáticas. Na relação interindividual, estes incômodos manifestam-se como sofrimento, dúvidas, angústias, expectativas que o médico percebe e sobre os quais vai propor uma intervenção. Nos depoimentos dos pediatras, o estabelecimento de vínculos com os pacientes aparece como elemento primordial de sua prática que determina, muitas vezes, o sucesso de sua intervenção.

“...acho que você tem que saber chegar de fato no incômodo central ou na necessidade não sentida, que o serviço vê como importante você trabalhar. Eu acho que se você consegue estabelecer uma comunicação de fato, pronto! Pode ser uma pessoa muito, uma pessoa que não está a fim de conversar, de falar, que está querendo ser atendida depressa, se você tem uma estratégia para lidar, você consegue que a pessoa saia satisfeita, entendendo o que está acontecendo, tendo a oportunidade, expressar de fato. Eu acho que é uma questão de comunicação, e é claro que a comunicação depende dos dois lados. Se você tem alguns fatores que dificultam, eu acho que pode ser decorrência da compreensão do outro, sabe. Mas o meu esforço deve ser no sentido de superar as diferenças da comunicação...”

*“...o que está por traz daquilo, daqueles sinais, daquela comunicação, porque a doença é uma comunicação...”*

*“Outro aspecto é o do vínculo, da relação que se estabelece com a família, com o paciente, que eu acho que é tão ou mais importante do que o outro; não substitui o primeiro (técnico), mas é tão ou mais importante. Porque às vezes a gente vê colegas que têm uma conduta técnica absolutamente correta, mas como não acaba criando uma relação adequada, o paciente não adere...Então, eu acho que as duas coisas, um atendimento de qualidade, consta dessas duas coisas.”*

Assim, encontrar estratégias que possibilitem a **comunicação** entre dois saberes, sobre o corpo e o sofrimento e perceber as necessidades, através de instrumentos de uma **clínica ampliada**, construídos e aprimorados ao longo dos anos, permite que a comunicação com o mundo do paciente se dê efetivamente. No caso da Pediatria, o mundo do paciente refere-se ao objeto de trabalho do médico pediatra, a criança e sua família, contextualizado em sua realidade simbólica e cultural, sua inserção socioeconômica, seus valores. Os relatos a seguir evidenciam tal aspecto da prática pediátrica:

*“Uma consulta de qualidade é aquela em que você dá atenção à queixa que a mãe da criança está trazendo para você. É valorizar aquilo que ela está falando, porque tem muitas vezes que a gente não valoriza muito...”*

*“Tentar avaliar como um todo a criança no meio familiar; e também as atitudes da mãe com a criança dentro do próprio consultório...”*

*“Eu acho que tem um fator dificultador aí que é o fato da gente não estar se relacionando diretamente com o paciente, a relação é indireta, via mãe. Então, na verdade, eu acho que aparece na consulta pediátrica uma série de outros fatores, problemas de ordem familiar que eu acho que numa consulta com o adulto, às vezes, isso é mais restrito.”*

A comunicação pode-se dar pela compreensão da linguagem simbólica da criança e de sua família ou pela aproximação afetiva, empática, que ocorre numa interação entre indivíduos. Desenvolver habilidades para conhecer a linguagem da criança nas diversas etapas de seu desenvolvimento cognitivo e psicológico permite compreender a realidade que ela vivencia nos distintos momentos da vida social e perceber as necessidades de saúde não apenas como sendo da criança, mas matizadas pelas da família e trazidas ao pediatra como interpretações a respeito da criança e de suas necessidades. Esta peculiaridade da atenção pediátrica expõe de modo crucial a necessidade da ampliação do objeto, para incluir o microuniverso da família ou seus delegados, porta-vozes das crianças, provedores de suas necessidades e responsáveis pelo seu amparo e seguimento nos serviços de atenção à saúde. Ao desenvolver as competências para apreender tal objeto, o trabalho do pediatra adquire especificidade e qualidade, conforme aparece em seus relatos:

*“...eu acho que no caso da Pediatria, a família é importante o tempo todo... você precisa da família até para estabelecer uma comunicação com a criança.”*

*“Então, aparece o emocional da mãe, misturado com o emocional da criança...eu acho que a gente acaba tendo que dar um pouco de atenção também para este aspecto, também da mãe. É só você estar de ouvidos aberto que você percebe...”*

*“...eu acho que aparece na consulta pediátrica uma série de outros fatores, problemas de ordem familiar...”*

Apesar da incorporação da família ao objeto de atuação do pediatra qualificar a atenção médica, esta não pode prescindir da singularidade que marca a relação entre médico e paciente, tornando-a única. A busca dos pediatras por uma comunicação direta com a criança aparece em suas falas:

*“...é importante que a pessoa seja atendida sem o olhar da família, que ela possa ter relação singular com o médico. Mas, as ansiedades da família, a necessidade de apoiar, de amparar têm que ser percebidas também pelo médico...”*

*“...acho que a qualidade, essa coisa de chegar muito próximo da criança, conseguir examinar de fato, são coisas que você vai aperfeiçoando com a experiência, com os anos. Chegar de mansinho, ter acesso a que a criança não se sinta ameaçada...”*

*“Geralmente quando a criança fala, já expõe, a gente pergunta para a criança. Sempre a primeira pergunta é para a criança, se ela sabe dizer, se ela sabe se comunicar e depois eu deixo a mãe falar...”*

Interagir diretamente com a criança durante o processo de atenção, respeitando o limite de sua capacidade de compreensão e estimular sua reflexão a respeito das necessidades que motivaram a busca por atenção médica, possibilitam construir a **autonomia do paciente**. Ao elaborar as alternativas para solucionar seu incômodo, sem comandos diretos do médico, a criança e a família assumem responsabilidades pela recuperação da saúde juntamente com o profissional. O depoimento abaixo mostra o desejo do pediatra de estimular os indivíduos a constituir parcerias:

*“Qualifica, você conseguir estimular que a pessoa construa as alternativas para resolver o seu problema, para enfrentar. Se a questão é ambiental, como controlar o ambiente. Que ela construa isso e não você comandando...”*

Esta parceria se estabelece se o médico ouvir, perceber, dar espaço para o paciente falar, interessar-se por ele, compartilhar decisões. Tais atitudes do médico permitem a constituição de **vínculo médico-paciente** singular, baseado na confiança, configurando um dos elementos que alguns autores denominam de ‘arte da medicina’. Os pediatras apontam que a relação de confiança estabelecida nos dois sentidos torna-se necessária para viabilizar o tratamento:

*“Você tem que ter confiança no que a mãe está fazendo e no que ela vai fazer a partir da receita que você está dando para ela. Se ela também não confiar, não vai fazer direito.”*

*“... não adianta nada eu fazer uma consulta perfeita, se quando ele (o paciente) sair daqui, eu não consegui convencê-lo a fazer aquele tratamento, com aquela medicação, daquela maneira...”*

A segunda implicação é que a ação produtiva organiza-se em função do aspecto comunicativo e a ele se subordina. Ou seja, os elementos que constituem a ação produtiva, os saberes operante e prático, materializados pela formação técnico-científica e experiência profissional, são aprimorados com o tempo para buscar uma comunicação mais eficaz. Neste sentido, a finalidade da ação médica passa a ser a comunicação com o mundo do paciente e não necessariamente a intervenção sobre ele, como se nota nas falas dos pediatras:

*“...você não vai resolver tudo. Acho que não cabe aqui resolver tudo. Acho que você tem que saber chegar, de fato, no incômodo central...”*

*“Não tenho muito problema em estar me comunicando com elas (as crianças)...eu gosto muito dessa comunicação minha com eles...”*

Embora nas representações dos médicos, a valorização da incorporação de tecnologia material esteja diretamente relacionada à resolutividade e qualidade de sua prática, é interessante notar nos depoimentos acima a valorização da dimensão mais pessoal da atenção, evidenciando a necessidade de se construir um trabalho no qual o aspecto interacional predomine, subordinando a tecnologia material e até constituindo uma finalidade em si.

A terceira implicação sobre a prática pediátrica refere-se ao posicionamento do objeto do trabalho médico no processo de cuidado. Ao ser colocado em posição central, tanto pela instituição, quanto pelo médico, o processo de atenção adquire qualidade. Parece que aí reside o cerne da qualidade.

A centralidade do paciente no processo de atenção implica a sua transformação de objeto para sujeito da atenção e traz mudanças substanciais às **relações hierárquicas** que, historicamente, marcam a relação médico-paciente, médico-equipe de saúde ou equipe de saúde-paciente. Discutir os limites da intervenção técnica na solução de numerosos problemas de saúde e compartilhar decisões com os pacientes, ajudam a desmistificar a medicina, concebida tradicionalmente como uma ciência exata e infalível. Por outro lado, aproximam pacientes e profissionais em uma relação mais transparente, qualificando a atenção.

Embora, em ambos os eixos do trabalho médico, ação produtiva e comunicativa, o profissional seja concebido como figura central para definir uma atenção de boa qualidade é na ação comunicativa que suas características pessoais, seus valores, ganham maior relevância.

*“... ele (o pediatra) constrói autonomia. Esse compartilhar. O que você acha? Eu acho que a gente deve ir por aqui. Seria isso? O que você acha? E ouvir de fato, qual é o medo, o que pode estar ocorrendo, nessa possibilidade. Aí pintam as perguntas necessárias, aí, todos os medos se expressam. Eu acho fundamental, cada vez mais estou convencido disso (da necessidade de compartilhar decisões com o paciente)...”*

*"... acho que uma das estratégias é conversar muito com os pacientes ... eu acho que uma boa conversa previne muitos problemas. Eu conversar, ir lá, sentar junto, explicar o que está acontecendo e... As pessoas são compreensivas. Agora, as pessoas não aceitam não ser informadas, sabe. Não partilharem da decisão..."*

A qualidade da atenção vista da perspectiva da relação serviço-profissional, envolve aspectos que conformam o mundo dos serviços de saúde, representado pelas políticas públicas e dentre elas, as de saúde: a organização dos serviços, os modelos tecno-assistenciais e o mundo dos distintos profissionais que ali trabalham, neste caso os médicos.

Aqui novamente, a aproximação entre estes dois mundos permite que a atenção médica adquira qualidade.

No trabalho médico institucionalizado, as ações produtiva e comunicativa inserem-se em um processo de trabalho de equipe multidisciplinar, cujo modelo de organização é norteador pelo conhecimento epidemiológico e subordinado a um gerenciamento técnico e administrativo.

Com relação ao aspecto produtivo, a fragmentação do trabalho, a burocratização e isolamento das ações parcelares de cada profissional, a hierarquia que reproduz conflitos entre categorias profissionais, são problemas identificados pelos pediatras, interferindo sobre a qualidade de sua atuação técnica, como se observa em suas falas:

*"... porque senão fica uma coisa esquizofrênica. Eu trato anemia de um jeito, a colega pediatra que está há 2 metros, trata de outro jeito. Aí a pessoa vai lá e o paciente vem dizendo que não está com anemia, mas para mim aquilo é anemia... Então, essa falta de padronização e tal..."*

*"...na verdade ele (o paciente) tem que passar por toda uma burocracia antes de chegar aqui, que envolve sempre outras pessoas. Então, o atendimento acaba sempre sendo ... essa relação com o paciente, ela é meio diluída com os outros integrantes da equipe... ele vai passar por uma pessoa que vai marcar essa consulta, por uma outra que vai atendê-lo no dia, a que vai entregar a medicação depois, e às vezes isso assim, nem sempre tem uma certa homogeneidade no atendimento..."*

*"... eu acho que é um trabalho de equipe que, às vezes, não se coordena muito bem. Eu vejo o problema um pouco no que acontece fora daqui. Menos problema do que aqui dentro. Mas eu não trabalho só dentro dessa sala, eu trabalho dentro de uma equipe integrada."*

As propostas sugeridas para enfrentar tais problemas passam pela constituição, fortalecimento e gerenciamento da equipe de saúde. O processo de construção da equipe vincula-se ao reconhecimento de sua missão e do papel de cada membro, dando sua contribuição efetiva para que o serviço de atenção à criança alcance seus objetivos. Além disso, é necessário o treinamento técnico dos diversos profissionais, capacitando-os a assumir seus papéis com envolvimento. Nos depoimentos dos pediatras identifica-se estes distintos aspectos envolvendo o trabalho coletivizado.

*"Acho que isso tem que ser construído no cotidiano, nas relações, do dia a dia ... ter sentido para aquilo que está fazendo, qual é a missão daquela equipe de atenção à criança? Quais são os objetivos? Tem que ficar bem claro. Esses objetivos do trabalho, essas missões do trabalho. ... E uma vazão grande para a criatividade, tanto coletiva como individual. A criatividade coletiva, ela sempre cerceia um pouco o desejo individual de cada um. Mas pode ser uma coisa bastante prazerosa também..."*

*"Então outra coisa que eu acho que ajudou, é o fato da gente poder trabalhar em equipe no CS. Mal ou bem, eu acho que no fim, na maioria dos centros de saúde há um espírito de trabalho em equipe, então, que a gente não pode exercitar no consultório, e que é uma coisa gostosa de se fazer. Trabalhar sobre a saúde mental, discutir os casos, discutir os pacientes; o que têm em comum, trabalhar conjuntamente com a enfermeira que fica mais com a saúde da criança, com a auxiliar que faz puericultura. Isso é uma coisa gostosa. E eu acho que é proveitosa, eu acho que isso é um facilitador."*

*"Uma coisa que me incomoda muito no centro de saúde é o treinamento dos funcionários, eu acho que eles continuam despreparados para estar lidando com o público. E, às vezes, do ponto de vista técnico mesmo eu percebo um certo despreparo."*

Neste estudo, os pediatras, enquanto representantes da categoria médica, entenderam qualquer forma de interferência 'externa' sobre sua prática como obstáculo à qualidade da atenção. A **autonomia profissional** torna-se, assim, 'marca de qualidade da atenção'. A defesa da liberdade para atuar tecnicamente tensiona a prática institucionalizada do médico, tornando-a refratária a controles 'externos', sejam eles administrativos ou técnicos. Nesta pesquisa foi possível identificar a presença desta 'marca da categoria médica' nas representações dos pediatras, mesmo sendo a Pediatria dos centros de saúde uma área na qual os saberes e práticas, tradicionalmente, estão normatizados através de ações programáticas.

A interferência sobre a atuação técnica dos pediatras não ocorre de forma rotineira nos centros de saúde, pois os gerentes locais reconhecem o desgaste que este embate causa. A maior intervenção dos gerentes dá-se em nível do modelo assistencial, buscando adequá-lo às diretrizes políticas municipais. Porém, apenas pontualmente, envolvendo quase exclusivamente controles administrativos, como cumprimento de jornada de trabalho e de produtividade. Esta última é motivo de grande queixa dos pediatras, que externam uma ‘sensação de pressão’ sobre seu ritmo próprio de trabalho.

*"Procuro ser assídua, procuro não ter tantas divergências com a equipe. Quando há alguma coisa que eu acho que está errado, que não gosto, eu vou e falo... Eu estava bem sobrecarregada de trabalho, eu estava fazendo um número de pronto atendimentos muito grande, e quando a gente sabe que tem um horário para atender, isso vai criando uma angústia na gente de saber que daqui a pouco eu tenho que sair, eu tenho um monte de crianças para atender... o que eu ouvi foi o seguinte: - É, eu sinto muito, porque se eu for limitar esse tipo de atendimento, como é que eu vou fazer com esses pacientes que começam a gritar e a brigar lá na frente... (fala do coordenador para o pediatra)"*

*"... eu fui conversar sobre esse aspecto, pedindo para que, na minha agenda, eu pudesse limitar o número de pronto atendimento..."*

*"... se você estiver sobrecarregado com atendimento, você não consegue nem dar conta, quer dizer, você não consegue nem pensar no paciente..."*

*"... eu acho que a questão do tempo que eu possa ter... reconhecer que eu tenho uma necessidade maior de dispor de mais tempo para um determinado atendimento, que eu pudesse avaliar isso dentro da agenda e sem me sentir pressionada pelo restante do trabalho..."*

Apesar disso, alguns pediatras conseguem equacionar a questão da produtividade com a qualidade, encontrando estratégias individuais. O envolvimento com o cumprimento das finalidades da instituição parece ser um dos elementos que orientam tais profissionais no cotidiano de seu trabalho. Pode-se identificá-lo na fala a seguir:

*"Com a experiência a gente vai vendo que a gente não tem necessidade, aliás eu acho que é errado, é perda de tempo, a relação [custo-benefício] fica ruim se você quiser fazer uma consulta completa sempre ... Não tem necessidade. A experiência vai fazendo a gente dirigir o olhar com segurança para aquilo que é o central ... apesar disso, isso tem limite ... E falar nessa questão do tempo, hoje eu acho que eu consigo aproveitar melhor o tempo, atender um*

*número maior de consultas mantendo a qualidade, mas isso tem um limite... Eu acho que o serviço público obriga a gente a fazer isso. Eu acho que os enfrentamentos que a gente tem com os colegas (médicos) que são muito rígidos no sentido assim da consulta ideal: Ou eu faço a consulta ideal ou eu não faço, se dão por aí. Eu acho que é a dificuldade de você estar aberto para a necessidade das pessoas, senão você atende maravilhosamente um grupo pequeno de pessoas."*

De fato, em geral, qualquer forma de interferência sobre o trabalho médico provoca conflitos. Os profissionais desta pesquisa, independente de seu compromisso político com os princípios do SUS, deixam claro esta questão. Mas as queixas não se limitam a este aspecto e são, em geral, acompanhadas de críticas à ausência de interlocução entre médicos e gerente local. Os pediatras relatam não encontrar espaço para expor a singularidade com que concebem seu trabalho e suas dificuldades. Na grande maioria das vezes não há propostas gerenciais claras para lidar com este conflito. A imposição pura e simples de uma produtividade em termos de quantidade é um modelo desgastado que já se mostrou ineficaz. Segundo os pediatras, este fato estende-se a todos os membros da equipe. Assim, não é apenas a ingerência sobre a autonomia profissional que causa confrontos entre médicos e gerentes, mas a ausência de construção de uma equipe, nas qual as distintas concepções sobre o trabalho na rede de saúde sejam debatidas e se possa construir um projeto coletivo. A carência de uma relação mais dialógica com a equipe torna-se elemento de grande insatisfação e tensão no trabalho dos pediatras.

*"... o coordenador achava que o profissional era folgado, mas de repente o profissional nunca ia estar folgado não, ele tinha necessidades dele que ninguém procurou tentar conversar para encontrar um meio termo para aquilo... e acabava sempre tendo aquela discussão, porque um queria uma coisa, e o outro queria outra coisa, visando aspectos próprios, pessoais e um não enxergando o lado do outro. Olha, tem cinco anos que eu estou aqui, e posso dizer que vi isso acontecer, seguramente, com quatro pessoas, com quatro profissionais médicos, eu vi isso acontecer..."*

*"... a nível interno, em termos de equipe, se a gente pudesse ter um trabalho um pouco mais valorizado, enxergar o nosso trabalho de uma forma diferente, que houvesse mais brechas para o grupo, para a equipe poder estar colocando para fora essas ansiedades, essas questões, eu acho que já seria um bom passo para aliviar essa tensão, que eu acho que a gente vive muito. E poderia estar diminuindo um pouco os problemas mais imediatos que a gente tem... então a gente contaria com um profissional que trabalha um pouco mais satisfeito, um pouco mais feliz..."*

Os depoimentos anteriores apontam o eixo interacional do trabalho como elemento fundamental para que se realize uma atenção de qualidade. Neste sentido, um dos obstáculos a serem enfrentados é a hierarquia que reproduz conflitos entre categorias profissionais, como se nota no relato do pediatra:

*"...eu vi certos locais em que o pessoal de nível de apoio técnico (auxiliares de saúde) fica meio individualizado em seu grupinho, separado do grupo universitário e aí quando surge algum problema fica meio desgastante..."*

Para que o grupo se constitua como tal, é necessário que as relações interindividuais no nível da equipe sejam trabalhadas de modo a possibilitarem a expressão dos desejos individuais e singulares, direcionados para a construção de um projeto coletivo. Este nível de envolvimento de cada profissional dentro da equipe de saúde ainda não se concretizou, mas aparece idealmente nas falas dos pediatras.

*"Acho que minha reivindicação mais concreta seria conversar, falar, se tornar equipe, se constituir como equipe, ter reuniões ordinárias, ter quorum; extraordinárias quando necessárias, mais frequentes...que desse mais vazão para a criatividade de todo mundo. Qual é o desejo de cada um no seu trabalho? Que houvesse a possibilidade de projetos individuais e projetos coletivos, ocorrendo juntos... as pessoas pudessem valorizar os desejos de todos, com participação, às vezes dos próprios usuários..."*

*"... que a gente pudesse ter uma interação maior dentro da equipe, isso de uma forma assim incorporada e, sobretudo, valorizada... contemplando aquele momento em que você pode estar conversando como um grupo, discutindo determinados casos, integrando um atendimento para aqueles grupos de pacientes, ou até para aquele paciente individualmente... eu acho que essa interação maior dentro da própria unidade com as nossas referências aqui dentro..."*

Uma estratégia identificada pelos entrevistados para possibilitar a reconstrução das relações interpessoais, dentro da equipe e no trato com os usuários do serviço é a reunião de equipe, momento fundamental de encontro onde as dificuldades podem ser trazidas e discutidas. Assim, as reuniões periódicas e a gerência são estratégias fundamentais para promover a aproximação, aceitação mútua, expressão da criatividade individual e coletiva no trabalho, possibilitando o reconhecimento do outro (o paciente e o profissional), percebendo-o, enxergando-o e, principalmente, respeitando-o e auxiliando-o nas suas dificuldades.

*"...eu acho que uma das reivindicações da gente, e inclusive isso ultimamente começou a acontecer, parece que está caminhando a passos lentos, mas está caminhando... A gente ter reuniões para organizar o serviço, estabelecer protocolos internos, preencher os protocolos externos que já existem..."*

*"... eu já vi acontecer aqui reuniões colocando as questões problemáticas, mas eu nunca vi nada (do que foi discutido) ser colocado em prática. De qualquer forma, eu acho que só de lavar roupa suja já alivia um pouco..."*

Estas colocações chamam a atenção para a importância dos gerentes locais no processo de construção da equipe, cabendo-lhes o papel de lidar com os conflitos, dar continuidade às questões debatidas nas reuniões, subsidiar discussões e propostas em torno do modelo assistencial e propôr controles administrativos para o pessoal.

*"Fazer reunião, reunião, reunião, mas se você não tem gerência, não dá encaminhamento, não consegue acompanhar a evolução das coisas ... vai se perdendo o valor humano. Já estive em lugares assim que era cheio de reuniões, mas não tinha continuidade, não tinha acompanhamento, não tinha a responsabilização, e as coisas se perdiam. E aí virava, cansaço..."*

Sobre o papel dos coordenadores, os pediatras têm posição contraditória. Embora a maioria deles reconheça a autoridade dos gerentes locais para realizar medidas de controle, questionam sua capacitação técnica ou a especificidade de sua formação profissional. Alguns queixam-se explicitamente de desentendimentos com o coordenador provocados por 'interferências' sobre sua prática profissional. Parece que no âmago desta discussão está a questão das relações hierárquicas e da autonomia profissional.

*"... eu acho que tem uma certa imaturidade, com relação à questão da Coordenação... não sei se o enfermeiro, no caso é uma pessoa que está nessa área (coordenação) e não ser médico, eles enxergam um pouco menos, ou isso que todo mundo fala que existe uma certa dor de cotovelo, real mesmo que eles acabam sentindo..."*

*"...já vi acontecer de ter profissionais aqui desse serviço que, por conta de questões pessoais, rixas, com a coordenação, foram embora, pediram demissão..."*

*"...eu sinto aqui dentro, sobre a coordenação, que existe uma preocupação dessa pessoa com a imagem pessoal dela como coordenadora. Então, eu acho que deve haver a nível da Supervisão, o coordenador deve buscar preencher as vagas de profissionais que estão faltando, deve estar mantendo o seu almoxarifado abastecido, não deve estar recebendo muito 156 (reclamação). Essa preocupação ocorre muito no campo pessoal e, acaba refletindo uma despreocupação dessa pessoa com coisas que são mais reais, que às vezes deveriam até distorcer um pouco aquilo que a nossa supervisão está esperando, para poder fazer com que o profissional possa estar rendendo mais, trabalhando melhor..."*

No último depoimento, o pediatra atribui um caráter 'pessoal' à preocupação que o coordenador expressa ao buscar cumprir seu papel. O gerenciamento de questões envolvendo reclamações de usuários, abastecimento do centro de saúde e número de profissionais é compreendido pelo pediatra como uma atitude descolada da realidade do serviço, sugerindo que, por trás disto, existe de fato uma preocupação em atender às expectativas da supervisão apenas.

A atenção médica de qualidade, aproximando os mundos do paciente e do serviço de saúde no qual o médico se insere, é possibilitada, no âmbito da relação entre serviço-usuário, através da implementação de políticas de saúde, segundo diretrizes que legitimam o direito à saúde, na medida em que concretizam tais direitos dos usuários, clientela coletiva demarcada por suas características sócio-econômicas.

Esta dimensão de análise, embora não esteja intrinsecamente vinculada à relação interindividual médico-paciente, define-lhe limites e condicionantes para que a atenção ocorra dentro de certos preceitos que as instituições estabelecem, buscando alcançar o cumprimento de seu papel social. Ela envolve desde o nível macrossocial da qualidade da atenção, no qual o elemento político torna-se fundamental e constitui o cenário onde se dão as negociações entre diversos segmentos da sociedade até o nível microssocial, onde o jogo de negociações entre distintos profissionais permeia as relações no trabalho institucionalizado. Neste estudo, o primeiro aspecto aparece nos depoimentos dos pediatras quando estes criticam a falta de investimentos no setor e apontam o sucateamento do sistema de saúde em seu conjunto, vivenciados através da política da escassez e da necessidade de realizar, na prática diária, opções racionalizadoras ou muitas vezes, racionadoras.

*"quando a pessoa entra para o programa (suplementação alimentar), a gente já diz para ela que aquele programa é finito, que ele tem um momento para acabar, que aquilo vai ser oferecido dentro de determinado prazo. É lógico que a gente sabe que se houver aí, uma situação de necessidade, além daquele prazo que foi estabelecido, ninguém vai retirar a cesta básica..."*

Embora as diretrizes do SUS, fundadas em princípios que expressam valores da sociedade forneçam legitimidade ao trabalho realizado nos serviços públicos, sua existência não qualifica a atenção e pode até significar simplificações, dependendo da forma com que são implementadas nas propostas de atenção. O depoimento que se segue parece indicar isto.

*"Seguir as diretrizes apenas é uma simplificação e não qualifica a proposta. É uma ambigüidade, pois não adianta atender a todos e não oferecer uma atenção adequada. O âmago da atenção de qualidade é chegar ao incômodo do paciente. Uma consulta pode seguir todas as diretrizes e normatizações e não alcançar o incômodo do paciente, devido à rigidez destas."*

Pelo eixo produtivo do trabalho, o estabelecimento de vínculo serviço-usuário demanda que, além das necessidades de saúde sentidas pelos pacientes ao buscarem atenção, sejam também incorporadas outras necessidades, não-sentidas, epidemiologicamente embasadas, definidas a partir de diretrizes políticas. Assim, para imprimir qualidade à atenção, o profissional de saúde precisa elaborar e utilizar instrumental que lhe possibilite apreender as necessidades sentidas pelos pacientes e sensibilizá-los com relação às necessidades não-sentidas. Como no caso abaixo, no qual ações de caráter epidemiológico (como busca ativa, profilaxia, etc), necessidades não sentidas, são consideradas como fundamentais para dar qualidade ao trabalho do médico.

*"... resolvi fazer aqui no posto um programa de anemia. Então, nós tivemos uma diminuição no número dos casos de anemia. A gente acha que isso aqui é um programa sistematizado, entendeu? É você conseguir fazer o diagnóstico e fazer prevenção. Quando você consegue fazer prevenção, você consegue isso aqui, a gente introduziu profilaxia, que até então não existia, entendeu?... E diminuiu o número ... E o que a gente viu aqui, que eu achei interessante, foi que em 96 a gente fez muita busca de faltosos, levantamento dos prontuários e busca de faltosos..."*

Para qualificar a atenção a nível da relação serviço-usuário, há necessidade de se agregar outros elementos aos dois eixos nucleares do trabalho, tais como acolhimento e responsabilização.

Ao colocar o paciente como centro da atenção, o acesso ao serviço passa a ser uma meta para alcançar a qualidade. A conquista deste espaço dentro dos serviços de saúde considerada como legítima, pressupõe que os pacientes sejam acolhidos toda vez que suas necessidades estiverem motivando a busca por atenção. Incorporar o acolhimento ao processo de trabalho passa a ser, assim, do ponto de vista dos entrevistados, um compromisso da equipe para lidar com as necessidades de forma não autoritária.

*“Acolher é muito bom, é super importante, mas como acolher?... estar acolhendo e ao mesmo tempo garantindo que o atendimento foi o mais adequado possível, o melhor possível, que satisfaz tanto você, mas principalmente o usuário...que você consiga chegar de fato no incômodo...”*

Entretanto, a maioria dos pediatras não concebe estes elementos, que dizem respeito à dimensão externa da relação médico-paciente, como sendo de sua responsabilidade. Desta forma, acolher, garantir o acesso universal e a equidade, são ações reconhecidas por eles para serem equacionadas em instâncias superiores, sem uma identificação mais clara de qual seria este nível decisório.

Há assim, uma atitude contraditória, pois ao mesmo tempo em que quase todos os pediatras observam problemas na recepção ao paciente que busca a unidade de saúde, isentam-se da responsabilidade de oferecer possíveis soluções. Esta constatação evidencia a carência de construção de um projeto coletivo a nível de cada unidade de saúde e do conjunto da rede de saúde. Além disso, reflete a fragmentação do processo de trabalho, na medida em que cada profissional enxerga o seu locus de atuação e não o conjunto do processo para produzir atenção à saúde.

*“... talvez eu não me preocupasse com o que aconteceria quando ele (o paciente) saísse daqui, eu me preocupava em estar fazendo uma coisa que era a minha parte...”*

*"... ele (o paciente) tem que passar por toda uma burocracia antes de chegar aqui, que envolve sempre outras pessoas. Então, o atendimento acaba sempre sendo um pouco ... essa relação com o paciente, ela é meio diluída com os outros integrantes da equipe ... Aqui ele vai passar por uma pessoa que vai marcar essa consulta, por uma outra que vai atendê-lo no dia, a que vai entregar a medicação depois, e às vezes isso nem sempre tem uma certa homogeneidade no atendimento."*

*"A gente é privilegiado, a gente tem uma equipe de saúde mental que envolve um psiquiatra, que envolve um psicólogo, que tem até um terapeuta ocupacional; a gente tem quatro dentistas no serviço, tem atendimento de obstetria, de ginecologia, tem enfermeiras, um grupo de auxiliares de enfermagem, mas que eu sinto que não se envolvem, uns não se envolvem com o trabalho do outro..."*

A responsabilização da equipe, outro indicador de qualidade, aparece nos depoimentos dos pediatras como requisito para a vinculação entre serviço e usuário. Para os sujeitos da pesquisa, responsabilizar-se significa tentar equacionar os problemas relativos ao acesso, ao acolhimento, à integralidade da atenção, permitindo que o usuário veja a unidade de saúde como o local preferencial onde suas necessidades de saúde podem ser atendidas.

*"...(o atendimento de enfermagem) é uma coisa que a gente está tentando resgatar junto com essa idéia que é fazer com que o paciente não venha ao centro de saúde só em busca de solução de queixas."*

*"... eu telefono, eu pergunto, eu vejo se dá para ver, eu encaminho os pacientes, eu pergunto, peço orientação, vejo se ele acha que o paciente ..."aquele caso" eu posso esperar, ou que posso tomar outras condutas além daquelas que eu já tomei..."*

*"... muitas vezes você tem que ir lá no telefone, pedir, implorar para fazer o exame que a criança precisa..."*

Os pediatras acham fundamental responsabilizar-se pelos seus pacientes e estabelecerem vínculos. Entretanto, não houve consenso se este deve ser individual, entre médico e paciente, ou coletivo, entre serviço (aqui materializado pela equipe de saúde como um todo) e paciente. Em seus depoimentos verifica-se que alguns consideram imprescindível o estabelecimento de vínculo individual, tornando a relação singular pré-condição para a qualidade. Porém, outros consideram que o vínculo com a equipe de saúde qualifica a atenção à saúde, incluindo-se nesta a atenção médica.

*“... é importante que a pessoa possa ter uma relação singular com o médico...”*

*“... porque você vai criando um vínculo equipe/usuário, não é o doutor fulano e o usuário, você entendeu? É a equipe do centro de saúde e o usuário e isso vai facilitar...”*

*“... não criou vínculo no seu serviço não tem qualidade...”*

O processo de atenção à saúde dá-se a partir da identificação de necessidades que motivam os usuários a buscarem os serviços. São elas que definem quais intervenções são mais apropriadas. As distintas ações de saúde, por sua vez, vão demandar profissionais específicos para sua realização. Assim, há momentos em que, no processo de atenção à saúde, o pediatra é o profissional mais indicado para oferecer uma atenção de qualidade (o exemplo mais evidente é quando existe uma queixa aguda). Em outros momentos, pode ser um auxiliar de enfermagem, um enfermeiro, um psicólogo, etc. Alguns relatos apontam que tal adequação (necessidades-especificidade profissional) imprime qualidade ao serviço.

*“... uma equipe de referência, você não tem só o médico, você tem todos os profissionais, e cada um atua no seu momento e desde que o paciente saiba, esteja vinculado e tenha a sua autonomia ele aceita isso numa boa ... eu só não concordo na equipe de referência centralizada por exemplo na figura de um médico, eu acho que a equipe de referência é o Centro de Saúde. O seu agendamento (do paciente), a sua escolha é outra coisa, é dia marcado, é hora marcada. Você escolhe o dia da semana, o horário, quero de tarde, quero de noite, quero fulano, quero ciclano, tudo bem! Mas isso é outra coisa ...na eventualidade você tem o Centro de Saúde enquanto sua referência e essa equipe desse Centro de Saúde ser respeitada.”*

A responsabilização, no entendimento dos pediatras, fica bem delimitada a partir do momento em que o paciente chega até eles, mas não antes disso. Assim, o acesso até a consulta médica não é um problema para eles resolverem, mas a partir daí, eles se julgam responsáveis em garantir o acesso à retaguarda de investigação e aos demais níveis de atenção. O esforço para tentar superar as dificuldades fica explícito em seus relatos:

*“... a falta do remédio você consegue, a falta do exame, você acaba..., quando você tem a intenção de fazer, você acaba conseguindo, você sempre tem alguém que você conhece, que dá para você ligar e falar...”*

*"Pego o telefone aqui, falo para mãe voltar no dia seguinte. Já teve caso até de eu falar para o próprio psiquiatra, lá no (nome do CS) arranjar um encaixe..."*

*"Eu acho que quando você quer uma resposta mais rápida, você tem que procurar, pegar o caso, botar debaixo do braço e tentar resolver."*

A delimitação do escopo de atribuições dos pediatras, tal como eles a concebem, parece resultar novamente da visão fragmentada e parcelar do processo de atenção à saúde em seu conjunto, fruto de modelo assistencial centrado no médico, no qual não se articulam os trabalhos de diferentes profissionais. Mais uma vez, a construção da equipe e de um projeto elaborado coletivamente com a participação de todos os envolvidos no cuidado à saúde, profissionais e clientela, é fundamental para a concretização das diretrizes políticas do SUS.

Diante da percepção do baixo impacto que a atuação exclusivamente no âmbito intra-setorial oferece em termos de saúde e qualidade de vida, alguns pediatras externam nitidamente uma preocupação com o trabalho multissetorial no que diz respeito à atuação dos profissionais de saúde. Contudo, também pode-se perceber a exclusão das parcelas organizadas da população nesse caso.

*"Essa semana, a semana passada e a semana que vem, o que está fervilhando aqui no posto é o planejamento para 2001. A gente faz uma série de coisas. A gente faz uma reunião. Amanhã é dia de reunião o dia todo. A gente faz aquela avaliação do que foi o ano de 2000. O que a gente fez de bom. Com números inclusive, estatisticamente. Crianças atendidas e aí a gente avalia, vê o que fez de bom. Se o planejamento do ano passado para este ano foi contemplado ou não. E o que a gente vai estar fazendo para o ano de 2001. Os problemas que a pediatria tem, como resolver, os recursos que a gente vai precisar e etc."*

*"...uma série de coisas que deixa a gente meio impotente, que a gente enquanto saúde sozinho não consegue trabalhar. Eu espero também que a gente consiga avançar com um trabalho [inter-setorial] que possibilite trazer mais educação, a área de educação, da promoção social, da cultura e tal para ajudar, porque às vezes a gente é super impotente."*

*"...um trabalho que envolvesse a nível da rede uma multidisciplinaridade. Eu acho que se a gente pudesse estar trabalhando de uma forma conjunta, com outros profissionais dentro do serviço..."*

Portanto, a definição de qualidade da atenção pediátrica simbolizada através da imagem de uma aproximação entre o mundo dos serviços de saúde e o dos pacientes, expressa o desejo do médico de se comunicar com seu objeto de trabalho, a criança inserida em sua realidade familiar, cultural, socioeconômica. No nível da relação interindividual, a presença marcante da racionalidade técnico-científica na formação médica e em suas representações, como sinônimo de qualidade, aponta-lhes o caminho da técnica como o mais adequado para que esta aproximação se efetive. Entretanto, o estabelecimento de uma relação singular, fortemente impregnado em seu ideário, torna o aspecto comunicativo da prática também relevante para qualificar o trabalho do pediatra. Os demais níveis de análise aqui propostos, serviço-profissional e serviço-usuário, aparecem nos depoimentos dos pediatras, mas sem a mesma ênfase da dimensão interindividual. É interessante que nestes dois âmbitos, os eixos produtivo e comunicativo aparecem para os pediatras de tal forma imbricados que se optou por analisá-los sem estabelecer uma separação muito rígida.

Diversamente do nível interindividual, salienta-se nos demais o aspecto comunicativo envolvendo o coletivo de trabalhadores e de usuários. Dessa forma, a aproximação dos mundos do serviço e do paciente que qualifica a atenção médica, quando vista a partir das relações serviço-profissional e serviço-usuário ressalta o aspecto interacional, onde os limites de autonomia e liberdade precisam ser demarcados.

Nota-se, ainda que aspectos como trabalhos extramuros são pouco mencionados nos depoimentos dos pediatras como elementos que podem qualificar a atenção médica. Tal achado evidencia que os pediatras centram seu conceito de qualidade no modelo interindividual de atenção, presente em seu ideário autonômico e reforçado pelos modelos assistenciais vigentes.

## **10.2. DECISÃO, QUALIDADE E ESCASSEZ: A ADAPTAÇÃO NECESSÁRIA**

Partindo do princípio em que a decisão representa o núcleo do trabalho médico, o **processo decisório** torna-se um aspecto central na atenção à saúde, constituindo-se em elemento privilegiado para estudar o processo de trabalho e a qualidade. Por ser um momento operativo do trabalho médico, uma intervenção concreta, representa uma síntese de diversos elementos que influem sobre a atenção médica, fornecendo objetivação ao

trabalho deste profissional e dando maior visibilidade ao processo de atenção em seu conjunto. Além do mais, permite construir indicadores que traduzem a qualidade dos serviços (como eficácia, eficiência, efetividade, otimização etc) e articulá-los à relação entre sujeitos do trabalho e seus objetos, meios e fins, em distintas etapas da atenção nas quais a qualidade pode ser mensurada (estrutura-processo-resultado).

Baseado nestas considerações, o processo de decisão médica foi utilizado neste estudo para operacionalizar o conceito de qualidade do trabalho médico.

Norteados fundamentalmente pelo conhecimento científico, o processo de tomar decisões clínicas apresenta-se como um ponto de convergência de elementos que definem o trabalho médico enquanto ações produtiva e comunicativa, ou seja, a operação dos saberes operante e prático dentro de um contexto de interação social e de elementos relativos à **realidade institucional** onde a atenção efetivamente ocorre.

Mesmo apoiado nos diversos saberes que conformam o trabalho médico, o ato de tomar decisões possui um caráter valorativo, expressando preferências dentre as diversas possibilidades que se apresentam para o médico.

Neste estudo, o raciocínio clínico, constituído principalmente pelo conhecimento científico e por elementos cognitivos da semiologia, foi o aspecto percebido com maior ênfase pelos pediatras, para nortear suas decisões com qualidade, omitindo o aspecto valorativo.

*"...na experiência mesmo de já ter visto casos semelhantes, como evoluíram e tentar assim, de uma certa maneira imaginar que possa ter uma evolução semelhante..."*

*"...eu acho que tem um momento de síntese, que eu não sei muito bem como se dá, mas que conta com todos esses elementos bastante cognitivos, bastante conscientes da prática; mas que conta com alguma coisa a mais que eu acho que é a experiência, ...que vai qualificando, esse sentido a mais que entra na hora da decisão, que eu chamo um pouco de intuição. Eu acho que não é intuição inata, eu acho que é intuição adquirida a partir da experiência."*

Interessante notar que, neste último depoimento, o pediatra identifica que a decisão não se dá somente a partir dos elementos que a semiologia propõe, mas também considerando a intuição, o que se confronta com a pretensa científicidade da prática médica.

A identificação de elementos que embasam a tomada de decisões clínicas, tais como a formação técnica sólida propiciada pela escola médica, o conhecimento científico atualizado, a experiência prática aprimorada ao longo dos anos, reforça a dimensão produtiva deste ato técnico, um momento no conjunto do processo de trabalho do médico. Além disso, o processo decisório não pode prescindir de seu aspecto interacional, ou seja, a decisão vista como ação comunicativa entre sujeitos sociais, na qual a empatia, a incerteza, a subjetividade, a singularidade e a biografia dos indivíduos vão estar presentes.

*"... deve ser por aqui o caminho que eu devo tomar. Então eu decidi caminhar por aqui, mas nem sempre...há abertura para a possibilidade de engano. Então, eu acho que é esse caminho, esses são os indícios com os quais estamos trabalhando."*

Percebe-se, assim, haver uma sobreposição entre as definições de atenção com qualidade e decisão com qualidade, encontrando-se nesta última os mesmos elementos que definem o trabalho médico, e as mesmas categorias empíricas que explicam a qualidade.

O que se pretende aqui não é definir novamente os elementos que constituem a tomada de decisão, mas avaliar a qualidade da atenção médica pediátrica, através do processo decisório, no contexto representado pelos centros de saúde de uma rede municipal. Para tal, é necessário reconhecer de que formas o pediatra busca construir, na concretude de seu trabalho, possibilidades para viabilizar aquilo que ele entende por qualidade e, diante das dificuldades que a realidade coloca, que estratégias utiliza para aproximar o conceito de qualidade idealizado do possível.

Nos depoimentos dos pediatras, verifica-se um consenso em apontar uma série de dificuldades relativas às condições nas quais o trabalho se dá, mas sem necessariamente se constituir como impedimento à prática médica de qualidade nos serviços públicos, a nível da atenção primária.

*"A consulta do meu paciente no consultório não é muito diferente ... o mesmo empenho e a mesma conduta no final...Eu acho que este é um aspecto: eu me desdobrar para oferecer o melhor tecnicamente e tomar a decisão mais técnica possível."*

*"Eu acho que, outro fator que eu tenho debatido muito, conversado muito com os colegas é o fato da gente ainda não poder oferecer no serviço público todos os recursos em termos medicamentosos que o paciente deveria ter direito. Por exemplo, no asmático, eu tenho uma série de asmáticos ... são asmáticos perenes, por exemplo, e eu não consigo controlar simplesmente porque eles são pobres.. Eles são pobres, o serviço público não oferece ainda o corticóide inalatório então, eles ficam frequentando o posto de saúde semanalmente, com um prejuízo para a rede terrível. Então, a gente tem discutido... que pelo menos os grupos de riscos, aquela clientela que dentro das patologias estiverem classificados como pacientes mais graves, a gente pudesse oferecer. É óbvio que a gente não tem que ter a ilusão que a gente vai oferecer para todo mundo, que vai oferecer corticóides injetáveis, corticóide inalatório para todo mundo. Mas, para aquela clientela, que não é muito grande, e que tem asma perene, por exemplo, eu acho que a gente tem obrigação de tentar oferecer..."*

As dificuldades relatadas referem-se primordialmente a carências qualitativa e quantitativa da retaguarda de investigação clínica, refletindo a definição que os pediatras têm a respeito de qualidade na atenção e na decisão, na qual o aspecto técnico aparece mais enfaticamente. Insuficiência (quantitativa) de exames mais sofisticados, tais como de diagnóstico por imagem (raio-x contrastado, ultrassonografia), má qualidade e pouca oferta de exames radiológicos simples, morosidade de alguns exames de patologia clínica, insuficiência qualitativa e quantitativa de diversas especialidades médicas como retaguarda secundária de atenção, concentração tanto de exames como de especialistas em poucos centros de referência distantes das unidades de saúde, são as queixas apontadas com maior frequência.

*"Outro limite é o acesso a consulta de especialidades...é um problema."*

*"Ao essencial eu acho que a gente tem acesso. Isso é da parte de exames laboratoriais, por exemplo. Agora, para exames de procedimentos diagnósticos que eu também enquadraria no campo das especialidades, uma endoscopia, ultrassom, que são coisas meio banais hoje em dia, a gente às vezes leva meses para conseguir."*

*"A questão dos exames laboratoriais é como eu disse pra você, normalmente na pediatria a gente não precisa de exames muito sofisticados. Então, aquilo do dia a dia eu acho que a rede consegue suprir bem. Às vezes tem um pouquinho de demora nos resultados O exame básico eu acho que não tem problema, eu acho que a gente consegue e tem sido suficiente. Quando a gente precisa de uma coisa mais sofisticada, aí que a coisa complica um pouco. Então, tem algumas coisas, por exemplo, que nem é sofisticado a ponto de..., vamos falar de uma urografia excretora, por exemplo, vamos falar de um esofagograma que a gente não faz. Muitas vezes tem crianças aí com refluxo, é um sufoco pra fazer um esofagograma. É uma limitação que a gente tem."*

Outras dificuldades apontadas, referem-se às características da clientela dos centros de saúde, tais como má qualidade de vida, baixo nível sócio-econômico, baixa escolaridade e dificuldades de diversas ordens que desestruturam a vida por parte da clientela.

*"...eu procuro fazer mais o menos o que a família tem condições de fazer. Porque às vezes eu vou fazer um encaminhamento que a mãe não leva, entendeu? Porque ela não vai! Porque não tem dinheiro. Porque tem filhos na escola e tem que ir buscar. Porque o marido está não sei onde. Aí é complicado!"*

*"As condições sociais da população que a gente trabalha...está muito mais exposta... Principalmente problemas de ordem social, problemas da esfera emocional, decorrentes das más condições de vida. Você vê as condições de risco em relação à exposição à violência, exposição à drogadição..."*

*"...às vezes pelo tipo de clientela, às vezes por ser uma criança que por ser de uma família que apesar de estar aqui, eu fico meio na dúvida se volta amanhã. Uma família que eu estou falando, explicando o tratamento ou como usar a medicação, e fico na dúvida se a mãe está entendendo ou não está, na dúvida eu faço uso da medicação injetável."*

Estas peculiaridades, tanto no âmbito dos serviços quanto de seus usuários, são incorporadas pelo profissional como experiências positivas e negativas, a partir da evolução clínica de crianças que o profissional tratou anteriormente. Isto passa a influir em seu julgamento e interferir no processo de decisão médica, juntamente com a clínica. Assim, o conhecimento anterior que o pediatra tem a respeito dos recursos do serviço e de suas limitações, bem como do tipo de clientela com que lida, é levado em consideração nas tomadas de decisão clínica, flexibilizando-as para que se tornem exequíveis. Neste sentido, qualidade significa o médico incorporar em suas decisões as possibilidades efetivas do paciente realizar as recomendações propostas.

*"Você vai incorporando experiências de qualidade, de referência, de encaminhamento..."*

*"O meu diagnóstico é assim, eu vou conversando com a mãe, eu já vou elaborando alguma coisa na minha cabeça; isso está mais para isso; está mais para aquilo..Se eu achar alguma coisa no exame físico, então... o exame físico vai me dar alguns dados que eu vou tentando, elaborando mais ainda. E aí, eu sento aqui e eu vou ver o que é melhor para mãe e para família."*

*"...a forma como eu estou vendo que aquele paciente vai poder seguir as orientações que eu estou dando. Eu acho que há situações em que você vê que existe uma impossibilidade de medicar naqueles horários que você está propondo, ou que o envolvimento da mãe naquele tratamento não me parece muito grande. Então, aí eu tento algumas estratégias para fazer com que a pessoa não fique muito... que eu possa ter um controle um pouco melhor do tipo de tratamento, sem deixar isso só sob a incumbência da mãe..."*

Trata-se de uma adaptação necessária que o pediatra lança mão, diante da constatação da impossibilidade de realizar uma atenção que ele concebe como ideal. Isto não implica a aceitação de padrões mais baixos de qualidade por parte dos pediatras ou uma simplificação de sua prática, mas evidencia a necessidade de ajustes para que a prática médica seja viável dentro de determinados limites que o serviço coloca. Assim, adaptar-se, flexibilizar as decisões diante de certas situações é bastante comum na prática pediátrica na rede pública de saúde e para os pediatras adquire o significado de “uma negociação que faz consigo mesmo” para obter o melhor resultado com os recursos disponíveis, uma negociação consciente, com responsabilidade e com limites individualmente estabelecidos.

*"... a gente vai ter que adaptar um pouco a realidade dela (da paciente). Então eu acho que existem algumas estratégias que a gente consegue para contornar um pouco essas situações, de tal forma que dê para a gente melhorar as condições dentro da realidade de cada um. Seria muito mais fácil eu dizer para ela assim: – Você tem que se mudar (de casa)... Se você não adaptar a realidade que tem, você fica trabalhando como se estivesse sozinho!"*

*"...a gente aprende trabalhando há bastante tempo na rede pública, a lidar com o que a gente tem! Mas sem perder de vista o que deveria ser feito, porque nem sempre você faz... você faz o que é possível! Mas eu tenho sempre claro o que deveria ser feito. Porque senão, aí você regride, em termos profissionais."*

*"... eu não nego que muitas vezes eu parti para fazer uma prova clínica, tentar tratar independente da existência daquele exame, daquela certeza diagnóstica que aquele exame poderia estar me conferindo..."*

Para eles, o compromisso com a qualidade da atenção é mantido na medida em que o pediatra estabelece certos limites para que a escassez de alguns recursos não exponha o paciente a riscos desnecessários. Quando eles identificam que a não realização de uma

intervenção médica pode expor o paciente a riscos, em geral os profissionais não prescindem da qualidade e a negociação não ocorre. Apesar disso, não se observa uma postura única com relação à negociação da qualidade. Nos depoimentos a seguir, aparecem três posicionamentos distintos: um polarizado (negocia ou não), outro relativizado (usa os recursos até a exaustão, mesmo implicando um risco calculado) e ainda outro repassador (passa o problema para outras instâncias).

*"Eu acho que é ruim ceder. Se não é possível, não vou deixar para que... então você tem que saber que aquele tempo (na fila de espera) pode prejudicar... Neste sentido não seria negociável, porque se você precisa do exame e o serviço não tem, deve encaminhar ..."*

*"... um prejuízo tolerável tem. Ao invés de usar uma medicação que são três doses diárias, vai usar uma medicação que são quatro doses, e que pode eventualmente ter um pouquinho mais de efeito colateral, mas que não é uma coisa assim tão significativa. Então, nesse caso sim. Se houver risco, aí, então, não!"*

*"... se preciso de algum exame que ninguém faz, então eu tenho que jogar em outras instâncias. Daí eu chego para a coordenadora e falo: – Você providencia isso. Isso precisa ser feito, é imprescindível para esse paciente fazer! Para esse caso é absolutamente necessário... O que acontece numa situação dessa é que acaba saindo..."*

Neste estudo, os pediatras mencionam dois aspectos que podem assegurar a qualidade das decisões, quando as adaptações ocorrem: compartilhar decisões com os pacientes e acompanhá-los em sua evolução clínica. A discussão clara a respeito das limitações do serviço de saúde para atender a singularidade do paciente pode torná-lo um aliado na luta por melhoria nas condições de trabalho e, além disso, auxiliar o médico na construção de soluções conjuntas, retirando do profissional toda a responsabilidade pelos ajustes que muitas vezes ele se sente levado a fazer. Aqui, mais uma vez as **relações hierárquicas** precisam ser estabelecidas em outras bases e a **autonomia do paciente** estimulada.

*"...acho que uma das estratégias é conversar muito com os pacientes. Então, por exemplo, eu acho que uma boa conversa previne muitos problemas... conversar, ir lá, sentar junto, explicar o que está acontecendo e... as pessoas são compreensivas. Agora, as pessoas não aceitam não ser informadas, sabe. Não partilharei da decisão."*

*"Eu acho inclusive que em situações desse tipo, a gente deve dizer: –Nós não temos isso, não temos essa possibilidade de fornecer para você. Mas ele (o filho) precisa disso! Aí, a pessoa pode se decidir. Porque, às vezes, eu vejo colegas que falam:–o paciente precisaria dessa medicação, mas ele não tem condições de comprar e a gente não tem, então, eu nem passo!... Quer dizer, eu acho que isso é uma falha terrível, porque a gente tem que dizer: – Ele precisa disso, mas a gente não tem aqui, você tem um jeito de conseguir? A pessoa usa um pouco de suas condições para brigar, para conseguir aquilo..."*

Uma questão que surge é se a autonomia do paciente aparece apenas quando o médico precisa decidir mediante limitações, levando-o a partilhar não apenas a decisão, mas principalmente a responsabilidade com o paciente. Neste estudo não foi possível verificar tal questão, mas o fato do compartilhar não aparecer em outras circunstâncias aponta indícios nesta direção.

O seguimento clínico de pacientes cuja conduta não foi a ideal, oferece segurança ao médico e ao paciente, na medida em que as modificações na evolução clínica podem ser acompanhadas de perto, permitindo um monitoramento de riscos. Este caráter de processo e não de ação isolada e definitiva, qualifica o processo decisório, mesmo em circunstâncias não ideais.

*" A sensação que eu tenho é que vai evoluir dessa forma. Vamos conduzir por aqui, mas pode ser que ocorra uma outra coisa nova e, eu estou aberto a reavaliar. A reavaliação também... garantir ao outro, dar segurança ao outro, que a reavaliação é possível. Isso, ajuda, ajuda muito na tomada de decisão."*

*"Eu não sei trabalhar sem retorno!"*

*"...eu uso e abuso do direito de acompanhar o paciente."*

Apesar destes cuidados, a negociação entre o cuidado ideal e o possível, nem sempre ocorre sem conflito de valores, uma vez que na representação dos médicos, a qualidade aparece idealizada, não se constituindo apenas num atributo da atenção, mas um valor ético, um objetivo a ser perseguido independente do local e das condições nas quais o profissional atua. A dúvida com relação ao julgamento clínico aparece esboçada no relato abaixo:

*“A tomada de decisão sempre contemplando toda a realidade, a singularidade do caso, ouvindo muito, compartilhando muito com o outro. Às vezes, eu chego em casa e falo: - devia ter tomado outra decisão com alguns casos, ter feito outra coisa.”*

As dificuldades na oferta de alguns recursos tecnológicos mais complexos e o contato mais freqüente com um certo perfil de morbi-mortalidade ambulatorial composto, em sua grande maioria, por patologias de baixa complexidade clínica, promovem um distanciamento entre o médico e este tipo de tecnologia mais sofisticada no cotidiano da prestação de atenção à saúde e induzem um raciocínio clínico direcionado para tais patologias, que são "lembradas" com maior freqüência. Com isto, o pediatra precisa atualizar seu conhecimento e exercer uma vigilância constante sobre sua prática, evitando que ela se simplifique, como parece ser o caso que se segue:

*“Fazia tempo que eu não via nenhum caso de glomerulonefrite. Daí, eu fiquei pensando: será que se tivesse aparecido eu iria lembrar que tinha (dosagem de complemento) para pedir? Me veio isso na mente ...às vezes você já está tão adaptado às limitações do serviço... ele (o pediatra) está muito adaptado às limitações, então não consegue nem pensar. Quando, eu estava falando do complemento, eu poderia nem pensar em pedir. Há tanto tempo que eu não ouço falar...”*

*“...esse distanciamento das situações concretas... Eu diria, você trabalha há quantos anos? Dez anos. Me distanciou da tecnologia necessária...”*

*“ Eu precisaria poder pedir alguns exames. Eu acho que o que pega mais pra mim, é não poder pedir alguns exames mais sofisticados... Por exemplo, ecocardiograma. Eu não posso pedir, essas coisas. Eletroencefalograma, para mandar para o neuro. Tem alguns exames que só o especialista pode pedir. Eu acho que isso pega, mas tirando esses casos, ...eu aqui, eu estou contente.”*

O trabalho institucional coloca previamente para os sujeitos envolvidos, profissionais e pacientes, decisões já tomadas em instâncias hierárquicas superiores e sobre as quais, na maioria das vezes, eles entendem que têm pouco poder para intervir. Os pediatras entrevistados analisaram as carências de recursos para efetivar seu trabalho como resultantes de negociações políticas realizadas em outros níveis decisórios, mas como algo posto, uma realidade pré-existente que antecede sua atuação profissional. Sua análise, em geral, não vai além de apontar falhas, pontos de estrangulamento na oferta de serviços, ou

seja, aspectos que eles vivenciam imediatamente em seu cotidiano de trabalho. Isto talvez ocorra justamente pelo fato deles incorporarem um baixo poder de interferência sobre a instituição. Assim, a falta de uma relação mais completa e atualizada de medicamentos, adequada ao perfil de morbidade atendido na atenção primária, a insuficiência de retaguardas laboratorial e de especialistas, médicos e não médicos, a falta de profissionais em quantidade suficiente para atender às demandas de saúde da área sob responsabilidade de cada unidade ou aos requisitos propostos pelo modelo assistencial, como responsabilização, acolhimento, são as dificuldades explicitadas pelos pediatras em seus depoimentos. Alguns acreditam que esta situação pode ser decorrente da falta de investimentos no setor, outros pensam não haver falta, mas um mau uso de recursos.

A constatação de carências nos serviços públicos de saúde mostra uma inadequação na relação entre custos da atenção e investimentos de recursos financeiros no setor. Os pediatras reconhecem esta situação, porém não estabelecem relação entre as decisões políticas dos gestores e as dificuldades estruturais presentes em seu cotidiano de trabalho. A discussão envolvendo a variável custo no processo decisório é bastante polêmica.

Inicialmente, há um consenso entre os pediatras de que o processo decisório deve incorporar a racionalização de recursos como uma variável legítima a ser considerada em qualquer tipo de serviço de saúde. Eles reconhecem a presença de um escalonamento crescente na complexidade de investigação e conseqüentemente nos gastos, inserido no próprio raciocínio clínico, o qual deve nortear a tomada de decisão clínica. Dessa forma, o conhecimento científico dá substrato à idéia de conjugar gastos com investigação clínica, porém subordinando-a aos parâmetros que a clínica estabelece, onde a adequação entre riscos e benefícios das intervenções é o elemento primordial a ser considerado. A idéia de nortear as intervenções médicas pelo raciocínio clínico aparece nos relatos abaixo:

*"A gente tem que saber que os recursos são finitos. Então, por exemplo, quando surgem orientações no sentido da gente estar evitando pedir exames desnecessários, eu acho que são super bem vindas... Protocolos que racionalizem, eu acho que são super importantes. A gente tem que chegar numa situação de fazer uma coisa tecnicamente adequada, mas que não leve a custos exagerados. Na maioria das vezes os custos exagerados surgem das práticas pouco corretas tecnicamente..."*

*" Eu acho que racionalizar sim... eu acho que é necessário a gente não perder de vista a questão clínica, que eu acho que tem que ser preservada mesmo. Eu acho que a observação clínica nada substitui isso. Eu ainda acho isso. Isso pode parecer até antigo com o que se tem de recursos hoje em dia. E eu acho que talvez a pediatria seja a especialidade que consiga exercer a clínica de uma forma mais pura. É! Então, eu acho que eu não posso, eu não devo, estar perdendo isso de vista não! Isso tem que estar sempre presente mesmo. É assim, o exame subsidiário como um recurso a mais, é assim que eu vejo... "*

*"... quando a gente parte para uma investigação diagnóstica, nesse próprio fluxo, a gente tem coisas mais simples sendo feitas antecipadamente, ao invés de estar partindo já para um exame mais sofisticado, mais complicado, mais caro... no fluxo natural da própria investigação as coisas mais básicas, menos onerosas, elas por si só já vêm na frente... "*

O racionamento é uma questão bastante controversa entre os pediatras. Muitos deles afirmam uma recusa em realizar qualquer tipo de racionamento de recursos, porém entre estes, alguns aceitam que o racionamento já venha efetivado para eles como resultado de decisões tomadas em níveis superiores. Esta postura evidencia um conflito ético quando o médico é responsável pela realização de uma prática de qualidade inferior, que desaparece quando realiza a mesma prática, mas sem responsabilidade direta pela escassez.

*" ...a gente mais ou menos dá uma geral para ver as condições da família na consulta. Se é uma família que pode comprar, eu vou explicar para ela que não temos o remédio na farmácia, que o que tem é pouco e a gente vai deixar para alguém que está precisando: – A senhora pode comprar? Tem mãe que vai falar que pode comprar, numa boa! Você receita e tal... Se for uma família que não vai poder comprar, eu vou fazer o tratamento dessa criança completo e a próxima que vier eu vou pedir desculpas...Porque aí, não sou eu. Eu não vou conseguir resolver esse problema. Se eu tiver amostra grátis, tudo bem! Eu dou, anoto e tal."*

*"Agora racionar, não! Nunca trabalhei, nem aceitaria trabalhar, em um lugar que você chegasse assim e dissesse: Eu preciso fazer um exame para esse paciente, mas esse paciente não tem o convênio, ou o convênio dele não dá direito a isso! Bom, se não dá direito eu vou ter que dizer isso para o paciente: - O exame que você precisa fazer é esse, mas seu convênio não dá direito e ele vai tomar as medidas que ele acha necessário, negociar isso com o convênio..."*

Quando questionados sobre a normatização das decisões, através de protocolos de prática clínica, os pediatras são favoráveis e não consideram haver conflitos entre as padronizações de condutas e sua **autonomia profissional**. O fato dos protocolos serem respaldados cientificamente lhes confere de antemão legitimidade entre os médicos, apontando esta como uma possibilidade de ultrapassagem do conflito entre norma e

autonomia. Na área pediátrica, esta aceitação dos protocolos é compreensível já que o programa de atenção à saúde da criança e ao adolescente realizado nos centros de saúde é tradicionalmente bastante normatizado. Embora os pediatras reconheçam vantagens que a normatização de condutas e a construção de protocolos possam trazer para a atenção, eles, por si só, são insuficientes para garantir uma atenção de qualidade, já que o processo de tomada de decisão clínica envolve elementos distintos, é altamente complexo, centra-se nos sujeitos e envolve, além da ação instrumental, um julgamento de valores. Torna-se, assim, difícil de ser apreendido em suas múltiplas dimensões através de qualquer tentativa para formalizá-lo cientificamente. Para eles, a maior limitação dos protocolos de atenção está justamente na sua rigidez, que não contempla estas características, impossibilitando que as decisões sejam flexibilizadas de acordo com aspectos que contextualizem a prática aos sujeitos e ao meio onde elas se aplicam.

*“...essas normatizações, a rigidez nos protocolos. Eu sinto isso, por exemplo, no pronto socorro, aqueles protocolos muito fechados: chegou, fez três inalações, vamos pegar veia, por corticóide ... melhorou ... Eu sei que isso dá uma certa segurança para quem está trabalhando, mas você perde a singularidade, sua possibilidade de entender o que está por trás daquilo, daqueles sinais...”*

Apenas alguns pediatras acham interessante ter algum conhecimento dos custos da atenção, para poderem compreender melhor as singularidades do sistema público de saúde no qual atuam. A epidemiologia clínica e a MBE são alguns instrumentos que os pediatras identificam serem capazes de trazer contribuições nesse sentido, permitindo aos médicos racionalizar a oferta de cuidados à saúde, desde que sejam contextualizados, flexibilizados e usados de forma crítica.

*“Atualmente tem a epidemiologia que ajuda, a epidemiologia clínica... que tem valor preditivo, tem acesso a estudar se vale a pena mesmo usar aquele exame...eu acho que é um instrumento que ajuda, essa Pediatria baseada em evidências. Só que não dá para usar ela de uma forma acrítica. O que falar a medicina baseada em evidências, eu vou fazer. Tem coisas que nós temos que questionar...”*

*“...usar de uma forma mais racional os recursos ... trabalhar de um modo mais orientado por protocolos, tudo baseado em estudos, fundamentados na clínica...”*

Portanto, para os pediatras, o processo decisório imprime qualidade à atenção ao promover a articulação de todos estes elementos, ao ser relativizado pela incerteza quanto à evolução individual e contextualizado em relação ao meio onde a atenção à saúde ocorre. Uma questão que surge é se esta relativização não seria a expressão de um conflito entre protocolos e MBE, de um lado, e autonomia do outro. Na própria proposta da MBE, preconiza-se que os protocolos sejam incorporados à prática clínica de modo contextualizado e flexível. Seria para permitir a expressão da subjetividade, da incerteza, como peculiaridades do trabalho médico ou para amenizar possíveis conflitos decorrentes de sua ingerência sobre a autonomia dos médicos? Não se encontrou estudos na literatura que respondam tais questionamentos.

Com relação às possibilidades dos serviços públicos oferecerem boa qualidade na atenção médica pediátrica, não há um consenso entre os participantes deste estudo. Embora todos eles identifiquem problemas na estrutura física oferecida pela rede básica de atenção, na retaguarda de investigação e em alguns insumos fundamentais como medicamentos, muitos acreditam que a atenção ali oferecida possui, de fato, boa qualidade. Entretanto, outros discordam.

*"Eu acho que a qualidade em si, ela pode ser garantida em qualquer condição, mas se tivesse mais recursos, tivesse mais facilidade ... a qualidade até na estrutura, no local que você está trabalhando, que você pudesse oferecer coisas com mais respeito. Porque eu vejo, às vezes, o consultório que a gente trabalha, não tem uma dignidade, está próximo de uma coisa indigna..."*

*"...o ideal é muito próximo para mim hoje, disso que eu estou te falando, de você valorizar mais o outro, a singularidade, compartilhar, você ter a família como um aliado...Acho que é bem possível..."*

*"Eu não acho que está muito distante de ter o máximo de qualidade aqui. São pequenos ajustes, algumas pequenas coisas que dariam essas condições. Eu sempre estou falando, o que eu vejo, o que a gente consegue numa consulta aqui, comparando, não é muito diferente do que eu consigo no meu consultório, com os meus pacientes no consultório privado. Então, eu acho que tem a questão, que eu acho que pesa absurdamente e que está inacessível à gente, que é a questão social. A crise que a gente vive de valores, crise social, que gera muita impotência. Mas as coisas que estão no nosso limite... Acho que âmbito da saúde as coisas são setoriais, não dependem muito da gente não. Mas as coisas que estão dependendo da gente fazer aquela consulta de qualidade, eu acho que não está muito distante. Acho que está próximo, apesar da gente reclamar, eu acho que está próximo. Se a gente batalhar e se dedicar..."*

*"Eu tento fazer o possível. E no mínimo eu acho que é possível fornecer, dar uma qualidade de atendimento boa. Eu acho que não é ótima a qualidade do Centro de Saúde, mas ela é boa. Eu tenho plena convicção disso."*

Estas divergências nas opiniões estariam ou podem estar ligadas às diferentes concepções de qualidade de cada profissional. Aqueles que enfatizam o aspecto eminentemente técnico de seu trabalho têm uma percepção mais clara das deficiências existentes, enquanto os que vinculam a qualidade mais aos aspectos interacionais, da comunicação entre os sujeitos, percebem a atenção oferecida nos serviços públicos como sendo de boa qualidade ou ao menos uma possibilidade bem próxima de se viabilizar. Além disso, há a questão da qualidade se constituir num valor e, como tal, independe das condições nas quais a atenção ocorre, centrando-se na figura do médico.

### **10.3. ESTRATÉGIAS PARA POSSIBILITAR SUPERAÇÕES: O PEDIATRA COMO FACILITADOR**

O reconhecimento de dificuldades no trabalho institucionalizado estimula os profissionais a buscarem tentativas para superá-las. Geralmente, as estratégias utilizadas são particularizadas e descoladas do processo de atenção, evidenciando haver barreiras a nível da instituição que dificultam a construção coletiva de soluções. Assim, os sujeitos responsáveis pela atenção, diante das dificuldades no cotidiano do trabalho e da falta de resposta da instituição, constroem suas próprias estratégias isoladamente, buscando dar qualidade à atenção prestada.

Uma das soluções propostas pelos pediatras para superar a insuficiência qualitativa e quantitativa de retaguarda de especialistas é capacitar-se em áreas de conhecimento nas quais eles não foram treinados para atuar, mas que reconhecem como necessidade de saúde freqüente em seu cotidiano de trabalho. Os depoimentos dos pediatras evidenciam a preocupação de ampliar seu campo de atuação, buscando aumentar a resolutividade na atenção individual, através da capacitação em áreas do conhecimento pediátrico nas quais eles receberam uma formação insuficiente ou então em áreas consideradas deficitárias da rede de saúde.

*“Eu tenho tentado às vezes buscar elementos para poder estar ampliando um pouco meu campo de atuação...”*

*“Outra coisa que eu acho que facilitou foi eu ter corrido atrás das coisas que faltaram. A especialização na saúde pública e uma outra especialização na psicologia escolar da aprendizagem. Por causa das dificuldades escolares. Nós temos muitos pacientes na escola por exemplo, que é uma das grandes pautas que eu acho que das consultas. Então, eu tenho ido atrás das coisas que complementam a formação da universidade, que eu tive na graduação e na residência. Então, isso ajudou.”*

*“...por exemplo idade óssea...vou querer fazer esse treinamento, porque se é para fazer aquilo...eu quero fazer aqui, não me custa nada, eu posso fazer isso, por que não? Porque se é para fazer com aquela qualidade deixa que eu faço melhor, sem ser radiologista...”*

Outra forma de tentar superar as limitações existentes no serviço público é representada por uma série de esforços para que o paciente consiga a integralidade da atenção, realizando exames necessários, até aqueles que a rede não oferece, ou o faz de modo insuficiente. Viabilizar o acesso a especialistas em outros níveis de atenção, realizar procedimentos de investigação e terapêutica oferecidos em serviços específicos ou apressar encaminhamentos mais urgentes são algumas ações nesse sentido. Em tais situações, os pediatras relatam utilizar diversas estratégias da organização informal do sistema, tais como fazer contato pessoal diretamente com o especialista explicando a urgência ou necessidade do paciente, desconsiderar listas de espera, conseguir acessos diferenciados a consultas ou exames através de amizade com profissionais que atuam em outros serviços e outras. Estas atitudes do pediatra adquirem legitimidade perante o restante da equipe de saúde, pois mostram envolvimento e responsabilização com o paciente. Neste sentido, acreditam que devem:

*“Buscar saídas, e nunca se desresponsabilizar...”*

Ou envolvem-se pessoalmente buscando soluções que pensam ser adequadas para solucionar problemas pontuais, como nos depoimentos a seguir:

*“...nossos consultórios pediátricos têm poucos sinais de que é Pediatria ali. Não consegue manter um brinquedo, uma coisa, a não ser que você faça um esforço pessoal de comprar. São elementos que eu acho que distensionam a consulta que poderiam ser facilitadores, mas você não tem...”*

*" Não fossem os representantes aí, deixarem algumas amostras, a gente guardar, trazer de fora e guardar para o paciente. "*

*"...as condições (dos serviços) não são as mais dadas. Eu acho que a gente, se a gente se oferece, se envolve, tem condições de ter agilidade no resultado do exame laboratorial, por exemplo, mas se o profissional às vezes não vai atrás, não cobra, dá uma "ligadinha", ou pressionada..."*

*"...eu acho que às vezes eu apelo para algumas coisas meio assim pessoais. Já vou direto com quem eu conheço... mas eu acho que é uma solução que fica assim muito particularizada e a instituição mesmo acaba não resolvendo..."*

Quando as limitações dos serviços ou dos pacientes impedem que o pediatra consiga realizar a investigação clínica que ele julga necessária para o paciente, a estratégia encontrada é o seguimento clínico mais próximo, a observação da evolução, a discussão com colegas e com o próprio paciente, buscando outras soluções e tentando esgotar os recursos disponíveis ao máximo, visando substituir a investigação deficitária.

*"...você ter uma capacidade de observar aquelas coisas que estão evoluindo, eu acho que isso qualifica muito. Ficar perto, ficar próximo. Identificar, não, isso não dá. Então realmente se não tem condição, e eu preciso encaminhar para alguém..."*

*"...tentar esgotar ao máximo os recursos que eu tenho, discutir muito com os outros, ouvir a opinião dos outros, mesmo que não sejam especialistas. O que fazer, o que você sente desse caso, o que você acha, ... Compartilhar o problema, qualifica, dá uma luz que você não estava conseguindo entender."*

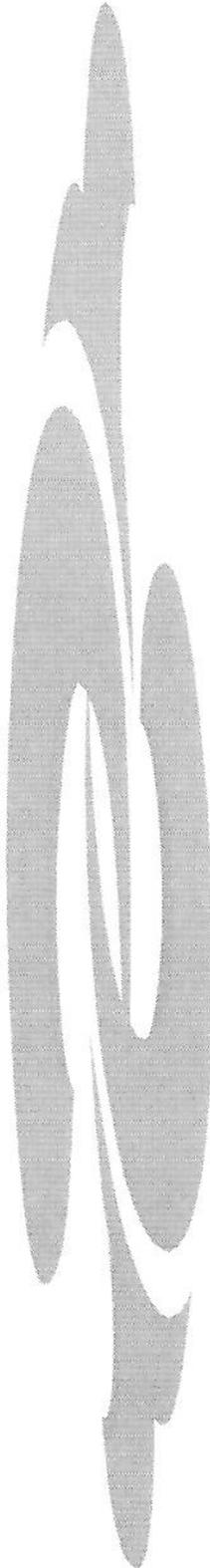
*"... então vamos continuar acompanhando. Vou ver se, à medida que a criança cresce um pouco mais, o quadro diminui, e temendo que ele possa desenvolver uma complicação auditiva ou funcionar como uma porta de entrada para uma infecção mais severa..."*

O compromisso político-ideológico com a valorização dos serviços públicos de forma geral e com a justiça social em sua oferta, e os valores éticos ligados à responsabilidade profissional parecem ser essenciais na conformação das distintas atitudes dos pediatras em relação ao grau de envolvimento com a missão da instituição na qual ele atua.

*"...é o serviço público! Mas somos nós, 90% da qualidade é dada pelo conhecimento e o uso do conhecimento ou não. E da dedicação para esse conhecimento ser empregado ou não, dada pelos profissionais. Eu acho que é valor. Seja valor moral, religioso, político, ideológico... As pessoas que se dedicam, acho que é só porque têm esses valores. As que não o fazem é porque estão nessa crise de valores, que a humanidade está vivendo hoje... Assim como tem gente corrupta, polícia corrupta, tem políticos corruptos, a gente tem médicos nesse sentido, que está recebendo do serviço público e está desviando e não está deixando chegar no fim, que é a qualidade adequada, então, infelizmente tem isso aqui..."*

As diferentes propostas de solução para os problemas que os pediatras encontram no cotidiano de seu trabalho expõem a disponibilidade pessoal dos sujeitos prestadores da atenção, os médicos pediatras, que atuam como facilitadores na busca pela qualidade da atenção.

Evidencia-se, assim, que a adaptação para construir a qualidade possível não é um processo embasado cientificamente, mas centrado nos sujeitos, sua ideologia, seus valores.



## ***11. COMENTÁRIOS FINAIS***

## 11.1. COMENTÁRIOS FINAIS

Esta investigação abordou a prática médica a partir de um de seus aspectos, a qualidade, remetendo-a ao campo abrangente e interdisciplinar da avaliação em saúde.

Ainda pouco desenvolvido em nosso país, o campo da avaliação vem se institucionalizando recentemente e tornando-se objeto de interesse crescente, tanto no âmbito da academia quanto dos serviços de saúde.

Ao tomar os serviços de saúde como campo de investigação, é necessário reconhecer o caráter essencialmente político do processo avaliativo e as conseqüentes implicações metodológicas para a produção de conhecimentos. Assim, a vinculação entre a avaliação em saúde, as políticas públicas e os distintos modelos assistenciais adotados permeia todas as etapas do processo avaliativo, influenciando na definição de métodos e critérios utilizados na escolha de aspectos específicos a serem avaliados e, certamente, nos resultados.

Atualmente, tenta-se reverter o quadro de inexistência de uma prática sistemática de avaliação no âmbito do SUS, buscando dar transparência à prestação de cuidados à saúde. Um dos desafios é buscar compatibilizar custos e qualidade da atenção com os princípios de universalidade, equidade e integralidade.

Embora a avaliação da qualidade do cuidado médico seja relevante em nosso país, dada a institucionalização da assistência médica e o papel central deste profissional, no modelo assistencial vigente, as dificuldades para realizá-la são muitas e decorrem das peculiaridades desta prática considerada autônoma, mas construída em relações individuais e singulares, envolvendo incerteza e subjetividade.

A atenção médica concebida como trabalho, ou seja, ação produzida coletivamente para atender necessidades socialmente postas, constitui uma possibilidade de objeto da avaliação.

Apontou-se aqui dois caminhos para viabilizar a avaliação do trabalho médico na rede pública de saúde: a busca de definições negociadas de qualidade e a constituição da equipe de saúde.

Com relação ao primeiro tópico, propôs-se que a definição de qualidade a ser utilizada na avaliação seja ampla, mas sem perder sua capacidade operativo-instrumental, negociada entre diferentes níveis hierárquicos e entre diversas categorias profissionais dentro da instituição e, principalmente, adequando-se aos seus objetivos.

Dessa forma, a definição dos pediatras deste estudo sobre a qualidade de seu trabalho pode ser incorporada aos processos avaliativos, tornando-os mais efetivos.

Partindo desta definição, a identificação dos dois eixos do trabalho médico, ação produtiva e ação comunicativa, fornece objetos possíveis de serem avaliados nas dimensões das relações interindividual, serviço-profissional e serviço-usuário.

O aspecto produtivo do trabalho médico, muito enfatizado entre os pediatras aqui entrevistados, mostrou que a atuação profissional é entendida primordialmente a partir da racionalidade técnico-científica. Conseqüentemente, a qualidade da atenção médica enfoca a ação instrumental do trabalho.

O eixo interacional propicia, na relação interindividual, uma comunicação com o mundo do paciente que pode se constituir numa finalidade da prática pediátrica, qualificando-a independente do alcance de resultados. Neste sentido, a técnica aparece como elemento a ser aprimorado buscando essa comunicação e não uma intervenção isolada.

A definição dos pediatras sobre a qualidade incorpora um aspecto dinâmico, que pressupõe seu aperfeiçoamento contínuo num processo de construção e re-construção em que o conhecimento científico adquirido pela formação escolar necessita ser atualizado e aprimorado pela experiência prática que o trabalho propicia.

O outro caminho apontado neste estudo que pode viabilizar a avaliação do trabalho médico na rede de saúde, refere-se à dinâmica da micropolítica do processo de trabalho em saúde. A inserção do trabalho do pediatra na rede de saúde, reunindo elementos tais como a institucionalização e a escassez de recursos, conforma uma certa prática a ser avaliada. Entende-se que a possibilidade de manter os espaços de autonomia do médico nas distintas formas de organização institucional, neste caso os centros de saúde, pode ser

conciliada e articulada ao trabalho em equipe com responsabilização, produzindo atenção de qualidade. Neste sentido, a construção de um projeto coletivo de atenção à saúde, dentro de uma lógica centrada nos usuários e suas necessidades, pode qualificar o trabalho em saúde, tanto da equipe quanto de cada profissional.

Neste estudo buscou-se compreender aspectos que especificam o trabalho do pediatra, numa tentativa de construir instrumentos específicos que apreendam a atenção às necessidades de saúde da criança e do adolescente como objeto de avaliação.

Os aspectos mais ressaltados pelos pediatras que conferem especificidade à sua prática são as dificuldades para comunicar-se diretamente com a criança de menor idade, demandando a compreensão de sua linguagem simbólica e a intermediação da família; a dependência de cuidados de outras pessoas, intermediários e intérpretes de suas necessidades; o aperfeiçoamento da semiologia para a compreensão das peculiaridades do desenvolvimento da criança nas diferentes idades, tais como crescimento e desenvolvimento acelerados, maior vulnerabilidade a riscos decorrentes da qualidade de vida.

Para que o trabalho do pediatra se dê com qualidade mostrou-se necessário que se aperfeiçoasse o instrumental que a clínica oferece, incorporando estas peculiaridades e ampliando o objeto de sua atenção para conformar uma prática denominada clínica pediátrica ampliada.

Um aspecto deste estudo que merece ser ressaltado é o fato da definição de qualidade dos pediatras não incorporar atributos da atenção médica quantificáveis através de indicadores, tais como aparecem na literatura. Isto evidencia o distanciamento existente entre as propostas usuais de avaliação do trabalho médico, calcadas nestes indicadores e as concepções dos médicos a respeito de seu próprio trabalho e, conseqüentemente, de como este deveria ser avaliado.

A percepção dos pediatras a respeito da qualidade enfocou o processo de trabalho em seus aspectos técnicos, numa tentativa de imprimir-lhe um caráter neutro e negar seu caráter valorativo. Neste sentido, o cuidado à saúde e a qualidade tornam-se relativamente independentes e, até certo ponto, “imunes” à escassez de recursos.

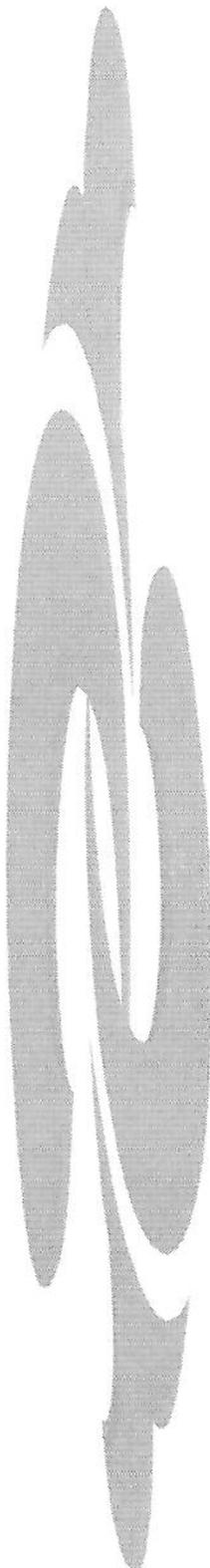
Em relação aos aspectos metodológicos, vale comentar algumas questões.

Na utilização dos relatos de médicos como material empírico do estudo, considerou-se a pretensa neutralidade do discurso de tais sujeitos que, embora reafirmem um interesse humanitário voltado para o paciente, nem sempre possuem este valor orientando sua prática. Assim, a concepção ideológica sobre o serviço público, os compromissos institucionais dos médicos e a concepção sobre direitos da clientela conformam diferentes práticas nos serviços. Tal aspecto demandou os cuidados metodológicos descritos envolvendo as metodologias qualitativas.

Além disso, a escolha do processo decisório como elemento privilegiado para compreender a articulação entre qualidade e limitações de recursos parece ter sido adequada e possibilitou operacionalizar as definições de qualidade e de qualidade possível.

Outro aspecto refere-se à centralidade do paciente no processo de atenção, questão ideologicamente impregnada, conflituosa e ainda não resolvida dentro da categoria médica. O fato dela ter surgido neste estudo de modo tão presente, constituindo um dos núcleos da definição de qualidade da atenção pode ser devido aos critérios de seleção dos participantes, já que aqueles considerados melhores informantes são também profissionais que atuam há mais tempo na rede pública de saúde. Ou, talvez, tal fato remeta para as especificidades da prática pediátrica na medida em que ela faria emergir conteúdos éticos que dizem respeito às próprias práticas sociais em relação às crianças.

Algumas questões permanecem e outras surgem a partir deste estudo: haverá um papel que a escola médica possa desempenhar para formar profissionais mais comprometidos com a qualidade, enquanto valor humanístico ou apenas com uma formação técnico-científica mais aprimorada, conforme alguns depoimentos sugerem? Em caso positivo, qual seria esse papel e como ele poderia ser desenvolvido? De que modo a gerência e a supervisão dos serviços de saúde podem incorporar em seus processos avaliativos a perspectiva dos médicos pediatras em relação à qualidade da atenção prestada à criança, possibilitando aos profissionais uma participação mais efetiva neste processo? Quais opções metodológicas para a avaliação seriam as mais adequadas?



## ***12. SUMMARY***

The evaluation of institutionalized medical practice is a poorly explored theme from the theoretical point of view and an issue not faced by those responsible for the planning and supervision of health services.

At the theoretical range, the major difficulties arise from interdisciplinary approach and its methodological implications. In the practice of health services, they are the conflicts arising from attempts to submit medical work, traditionally autonomous, to institutional rationality. Furthermore, there are others, like the construction of universal indicators reflecting the peculiarities and tensions of medical practice, such as scientific rationality, singularity, subjectivity and uncertainty.

This study has the objective of knowing pediatrician's concept on quality of the work he carries out at the state-run health network, as an issue to be incorporated into and negotiated in evaluative processes, making them more effective.

The theoretical assumptions are the recognition of quality as an attribute of care founded on techniques and also as a value that medical category defends, becoming ideological in the development of social projects. Besides, the lack of financial resources in health system is an issue that imposes limitations to medical work, affecting its quality. Finally, the evaluation of pediatrician's work is still an upcoming process in public health services.

The central issue in this research is to understand how practices articulate with decision and quality in the medical working process of pediatricians.

Using a qualitative methodological approach, thirteen semi-structured interviews were carried out with pediatricians of the health network. Empirical data consisted of transcriptions of these interviews and reports from a field diary. The thematic analysis made it possible to identify some empirical categories (doctor-patient bond, doctor-patient communication, autonomy of patient and doctor, amplified clinical approach, strategies, work market, health care model, pedagogical model, hierarchical relations, institutional reality, medical education, decision making process) that, articulated to analytical categories (quality evaluation, quality of medical care, pediatrician's working

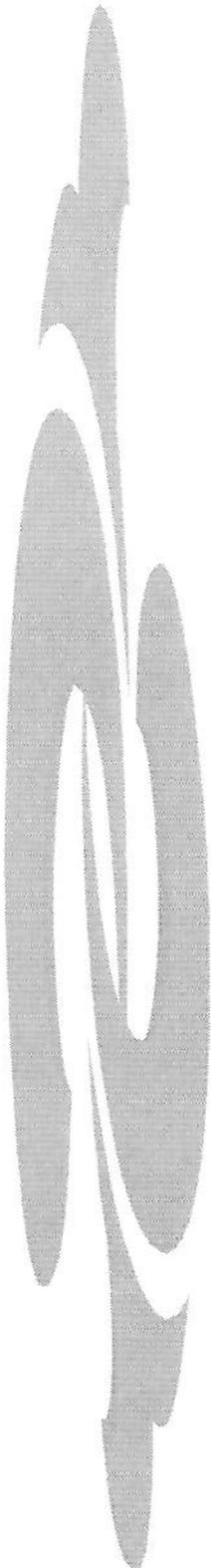
process, decision making process and health care), led to the construction of three themes: the concept of quality; the flexibility of the decision process and the reconstruction of quality possible to achieve in the services; and the strategic centrality of pediatricians.

Pediatricians' concept of quality emphasizes the interindividual doctor-patient relation in its productive axis, showing clearly the presence of technical-scientific rationality in medical education and in their representations.

Flexibility of the decision process arises from limitations imposed by institutional reality and represents the incorporation to medical decisions of singularities of health services and the real possibilities of patients to achieve the proposed recommendations, allowing quality medical work.

The centrality of pediatricians' construction strategies aiming a possible quality is not a scientific founded process and exposes the individual predisposition of doctors to ease the care.

Medical autonomy with responsibility and articulated with team work as well as improvement of clinical instruments specific for the child are pointed out as elements to achieve quality pediatrician practice.



## ***13. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS***

- AGUILAR, M.J. & ANDER-EGG, E. – **Avaliação de serviços e programas sociais**. Petrópolis, Vozes, 1994. 199 p.
- ALLERY, L.A.; OWEN, P.A.; ROBLING, M.R. - Why general practitioners and consultants change their clinical practice: a critical incident study. **BMJ**, **314**: 870-4, 1997.
- ALMEIDA, C. – Saúde e equidade as reformas contemporâneas. **Saúde em Debate**, **24(54)**: 6-21, 2000.
- ALVES, P.C. - A perspectiva de análise social no campo da saúde: aspectos metodológicos. In: CANESQUI, A.M. (org.) - **Dilemas e Desafios das Ciências Sociais na Saúde Coletiva**. SP-RJ, Hucitec-Abrasco, 1995. p.63-82.
- ARMSTRONG, D.; REYBURN, H.; JONES, R. - A study of general practitioners' reasons for changing their prescribing behaviour. **BMJ**, **312**: 949-52, 1999.
- BERLINGUER, G. – Prioridades en salud y prioridad de la salud. **Cuadernos Medico Sociales**, **70**: 21-9, 1995.
- BINDMAN, A.B. - Primary and managed care. Ingredients for health care reform. **Western J of Medicine**, **161(1)**: 78-82, 1994.
- BIRMAN, J. – Interpretação e representação na Saúde Coletiva. **Physis, Revista de Saúde Coletiva**, **1(2)**: 7-22, 1991.
- BRADLEY, F.; WILES, R.; KINMONTH, A.L.; MANT, D.; GANTLEY, M. - Development and evaluation of complex interventions in health services research: case study of the Southampton heart integrated care project (SHIP). **BMJ**, **318**: 711-5, 1999.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 1988.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. ABRASCO. **A epidemiologia nos serviços de saúde**. Brasília, II Plano Diretor para o desenvolvimento da Epidemiologia no Brasil: 1995-1999. (Informe Epidemiológico do SUS, ano vi, 3: 7-14, 1997).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde – **Resolução 196/96 sobre pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília, DF, 1996.
- CAMACHO, L.A.B.; HARTZ, Z.M.A.; GOLDBAUM, M.; NOVAES, H.M.D. – Epidemiologia e avaliação de serviços de saúde. Editorial. **Cad Saúde Públ**, 12 (Supl 2): 4, 1996.
- CAMPOS, G.W.S. - **Os médicos e a política de saúde**. São Paulo, Hucitec, 1988. 214p.
- CAMPOS, G.W.S. - Modelos assistenciais e unidades básicas de saúde: elementos para debate. In: CAMPOS, G.W.S.; MERHY, E.E.; NUNES, E.D. - **Planejamento Sem Normas**. Saúde em Debate 23. São Paulo, Hucitec, 1994. p. 53-60.
- CAMPOS, G.W.S. - Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre os modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.E. & ONOCKO, R. (org) - **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo, Hucitec, 1997. p. 229-66.
- CANESQUI, A.M. – Apresentação. In: \_\_\_\_\_ (org.) - **Dilemas e desafios das Ciências Sociais na Saúde Coletiva**. São Paulo-Rio de Janeiro, Hucitec-Abrasco, 1995a. p.11-18.
- CANESQUI, A.M. - Ciências sociais, a saúde e a saúde coletiva. In: \_\_\_\_\_, (org.) - **Dilemas e desafios das Ciências Sociais na Saúde Coletiva**. São Paulo-Rio de Janeiro, Hucitec-Abrasco, 1995b. p.19-35.
- CAPOZZOLO, A.A. - **Os desafios para o gerenciamento do trabalho médico. Um estudo em unidades básicas do Município de Diadema, SP**. Campinas, 1997. [Tese Mestrado - Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP].

- CASEBEER, A.L. & VERHOEF, M.J. - Combining qualitative and quantitative research methods: considering the possibilities for enhancing the study of chronic diseases. **Chronic Diseases in Canada**, 18(3): 130-5, 1997.
- CHAVEZ, M.R.; MARTINEZ-NARVÁEZ, G.; CALVO-RIOS, J.M.; AGUIRRE-GAS, H.; ARANGO-ROJAS, R.; LARA-CARREÑO, R.; CAMINOS-CHAVEZ, M.I.; ORTÍZ-SOLANDIDE, G.; UGALDE-GRAJEDA, E.; HARRERA-LASSO, F. - Bases para a evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del sector salud. **Salud Pública Mex**, 32: 156-69, 1990.
- COHEN, E. & FRANCO, R. - *Avaliação de projetos sociais*. Petrópolis, Vozes, 1994. 312 p.
- IV CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 1998, Rio de Janeiro. **Livro de Resumos**. ABRASCO, 1998.
- VI CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 2000, Salvador. **Livro de Resumos**. ABRASCO, 2000.
- CONTANDRIOPOULOS, A.P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J.L.; PINEAULT, R. - A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos.. In: HARTZ, Z.M.A. (org.) - **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na implantação de programas**. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 1997. p.29-47.
- COOK, D.J.; MULROW, C.D.; HAYNES, R.B. - Systematic Reviews: Synthesis of Best Evidence for Clinical Decisions. **Annals of Internal Medicine**, 126(5): 376-80, 1997.
- CORNER, J. – In search of more complete answers to research questions. Quantitative versus qualitative research methods: is there a way forward? **J Adv Nurs**, 16: 718-727, 1991.
- CRAWFORD, B. - Impact of sleep disorders: clinical economics and sleep disorders. **Sleep**, 20 (10): 829-34, 1997.

- CRESWELL, J.W. - **Qualitative Inquiry and Research Design. Choosing Among Five Traditions.** Thousand Oaks, London, New Delhi, Sage Publications, 1998. 403p.
- DAVIS, D.A.; THOMSON, M.A.; OXMAN, A.D; HAYNES, R.B. - Changing physician performance. A systematic review of the effect of continuing medical education strategies. **JAMA**, 274(9): 700-5, 1995.
- DE GEYNDT, W. - Sinopsis de los planteamientos para evaluar la calidad de la atención al paciente. **Salud Pública Mex**, 28: 221-9, 1986.
- DEMO, P. – **Introdução à metodologia da ciência.** São Paulo, Editora Atlas, 1984. 118 p.
- DEMO, P. – **Avaliação qualitativa.** Campinas, Editora Autores Associados, 1994. 110p.
- DESLANDES, S.F. – Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Cad Saúde Públ**, 13(1):103-107, 1997.
- DONABEDIAN, A. - Evaluación de la calidad de la atención medica. In: WHITE, K.L. - **Investigaciones sobre servicios de salud: una antología.** Washington, Organización Panamericana de la Salud, 1992. p.382-404. (Publicación Científica, 534).
- DONABEDIAN, A. - Evaluación y monitoreo de la calidad de los servicios de salud. In: SEMINARIO DE INVESTIGACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, Queretaro, México, 1978. **Memorial.** p.65-81.
- DONABEDIAN, A. - La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad. **Salud Pública Mex**, 32: 113-7, 1990.
- DONABEDIAN, A. - La investigación sobre la calidad de la atención médica. **Salud Pública Mex**, 28: 324-7, 1986.
- DONABEDIAN, A. - The quality of medical care: a concept in search of a definition. **J Fam Pract**, 2: 277-84, 1979.
- DONNANGELO, M.C.F. - **Medicina e Sociedade.** São Paulo, Pioneira, 1975. 174 p.

- DREHER, M. - Qualitative research methods from the reviewer's perspective. In: MORSE, JM - **Critical issues in qualitative research methods**. Thousand Oaks, London, New Delhi, Sage Publications, 1994. p.281-97.
- ERAKER, S.A. & POLITSER, P. - How decisions are reached: physician and patient. **Ann Intern Med**, 97: 262-8, 1982.
- ESCUADERO, P. - **Bases para una propuesta de instrumentacion que permita evaluar condiciones de eficiencia y capacidad resolutive de servicios de salud**. Washington, Organización Panamericana de Salud, 1989. 105 p.
- FAVARO, P. & FERRIS, L.E. - Program evaluation with limited fiscal and human resources. In LOVE, AJ: **Evaluation Methods Sourcebook**. Ottawa, Canadian Evaluation Society, Canadá, 1991. p.4-25.
- FERREIRA, M.A.F. - Notas sobre a contribuição do cientista social ao campo da saúde, In: CANESQUI, A.M. (org.) - **Dilemas e Desafios das Ciências Sociais na Saúde Coletiva**. São Paulo-Rio de Janeiro, Hucitec-Abrasco, 1995. p.37-51.
- FIGUEIREDO, A.M.A. & TANAKA, O. - A avaliação no SUS como estratégia de reordenação da saúde. **Cadernos da FUNDAP**, 19: 98-105, 1996.
- FLEURY, S. - Iniquidades nas políticas de saúde: o caso da América Latina. **Rev Saúde Pública**, 29(3): 243-50, 1995.
- FRANCO, S.C. - **Estudo da clientela, do sistema de referência e de indicadores de qualidade do ambulatório de pediatria do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas**. Campinas, 1995. [Tese Mestrado - Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp].
- GRIMSHAW, J.M. & RUSSELL, I.T. - Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. **Lancet**, 342: 1317-1322, 1993.
- GROULX, L.-H. - Le débat qualitatif-quantitatif: un dualisme à proscrire? **Ruptures**, revue transdisciplinaire en santé (4) 1: 46-58, 1997.

- GUBA, E.G. & LINCOLN, Y.S. - Competing paradigms in qualitative research. In: DENZIN, NK & LINCOLN, YS - **Handbook of qualitative research**. 5.ed. Thousand Oaks. Sage Publications, 1994. p.105-17.
- HABERMAS, J. - Técnica e ciência como ideologia. In: \_\_\_\_\_ - **Técnica e ciência como ideologia**. Lisboa, Biblioteca de Filosofia Contemporânea, 1994. p.45-92.
- HARTLEY, R.M.; CHARLTON, J.R.; JARMAN, B.; HARRIS, C.M. - Case history questionnaires in the study of doctors' use of resources. **Med Care**, 23(10): 1163-70, 1985.
- HARTZ, Z.M.A. & POUVOURVILLE, G. - Avaliação dos programas de saúde: a eficiência em questão. **Ciência e Saúde Coletiva**, 3(1): 68-82, 1998.
- HARTZ, Z.M.A. - Institutionalizing the evaluation of health programs and policies in France: cuisine *internationale* over past food and *sur mesure* over ready-made. **Cad Saúde Pública**, 15(2): 229-59, 1999.
- HAYWARD, R.S.A.; WILSON, M.C.; TUNIS, S.R.; BASS, E.B.; GUYATT, G. - Users' guides to the medical literature.VIII. How to use clinical practice guidelines.A. Are the recommendations valid? **JAMA**, 274(7): 570-4, 1995.
- HLATKY, M.A.; CALIFF, R.M.; HARRELL, F.E.; LEE, K.L.; MARK, D.B.; MUHLBAIER, L.H.; PRYOR, D.B. - Clinical judgement and therapeutic decision making. **J Am Coll Cardiol**, 15: 1-14, 1990.
- HOLMAN, H.R. - Qualitative inquiry in medical research. **J Clin Epidemiol**, 46(1): 29-36, 1993.
- HOLSTEIN, J.A. & GUBRIUM, J.F. - Active interviewing. In: SILVERMAN, D., ed. - **Qualitative research. Theory, Method and Practice**. London, Thousand Oaks, New Delhi, Sage Publications, 1997. p.113-29.
- HORWITZ, A. - Por qué no evaluamos y por qué debemos hacerlo? **Salud Pública Mex**, 20: 171-6, 1978.

- HURTEAU, M. – Strategic choices in program evaluation. In LOVE, AJ: **Evaluation Methods Sourcebook**. Ottawa, Canadian Evaluation Society, 1991. p.106-25.
- INOJOSA, R.M. - Avaliação e controle do SUS: mudam-se as práticas? **Cadernos da FUNDAP**, 19: 88-97, 1996.
- IRIART, C.; LEONE, F.; TESTA, M. – Las políticas de salud en el marco del ajuste. **Cuad Méd Soc**, 71: 5-21, 1995.
- IRIART, C.; MERHY, E.E.; WAITZKIN, H. - La atención gerenciada en América Latina. Transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma. **Cad Saúde Pública**, 16(1): 95-105, 2000.
- JEKEL, J.F.; ELMORE, J.G.; KATZ, D.L. - Aperfeiçoando as decisões em medicina clínica. In: \_\_\_\_\_ - **Epidemiologia, Bioestatística e Medicina Preventiva**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1999. p.113-21.
- KALUSNY, A.D. & VENEY, J.E. - Evaluation and decision-making for health services programs. Englewood Cliffs, NJ: **Prentice-Hall**, 1984. p.1-40.
- KLEIN, R. - Dimensions of rationing: who should do what? **BMJ**, 307: 309-11, 1993.
- KUHN, H. – Problemas éticos en la racionalización económica de la atención de la salud. **Cuad Méd Soc**, 38(4): 67-78, 1997.
- LARSON, E.B. – Evidence-based Medicine: is translating evidence into practice a solution to the cost quality challenges facing Medicine? **Jt Comm Qual Improv**, 25(9): 480-5, 1999.
- LEININGER, M. – Evaluation criteria and critique of qualitative research studies. In: MORSE, J.M. – **Critical issues in qualitative research methods**. Thousand Oaks, London, New Delhi, Sage Publications, 1994. p. 95-115.
- LEITE, A.J.M. – Medicina baseada em evidências: um exemplo no campo da pediatria. **J Pediatr**, 75(4): 215-26, 1999.

- LOHR, K.N.; ELEAZER, K.; MAUSKOPF, J. – Health policy and applications for evidence-based medicine and clinical practice guidelines. **Health Policy**, 46: 1-19, 1998.
- LUDKE, M. & ANDRÉ, M.E.D.A. – **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo, EPU, 1986.
- LOPES, A.A. – Raciocínio clínico e tomada de decisões em medicina – um curso integrando medicina interna e epidemiologia. **Rev Bras Educ Med**, 15(1): 8-10, 1991.
- MACHADO, M.H. - Macro-micro: os novos desafios da sociologia e os efeitos no campo da saúde. In: CANESQUI, A.M. (org.) – **Dilemas e desafios das Ciências Sociais na Saúde Coletiva**. São Paulo – Rio de Janeiro, Hucitec-Abrasco, 1995. p.83-93.
- MACHADO, M.H. - As profissões e o SUS - Arenas conflitivas. **Divulgação em Saúde para Debate**, 14: 44-7, 1996.
- MARSHALL, C. & ROSSMAN, G.B. - **Designing qualitative research**. Thousand Oaks, London, New Delhi, Sage Publications, 1995. 178 p.
- MAYKUT, P. & MOREHOUSE, R. - **Beginning Qualitative Research. A Philosophic and Practical Guide**. London, Bristol, The Falmer Press, 1994. 194 p.
- MAYS, N. & POPE, C. - Rigour and qualitative research. **BMJ**, 311: 109-12, 1995.
- MAXWELL, J.A. - **Qualitative research design: an interactive approach**. Thousand Oaks, London, New Delhi, Sage Publications, 1996. 153 p.
- MCQUAY, H.J. & MOORE, R.A. - Using numerical results from systematic reviews in clinical practice. **Ann Intern Med**, 126(9): 712-20, 1997.
- MECHANIC, D. – Medical sociology: some tensions among theory, method, and substance. **Journal of Health and Social Behavior**, 30(2): 147-60, 1989.

- MENDES, R.T. - **Trabalho e doutrina: os caminhos da prática pediátrica nos centros de saúde**. Campinas, 1996. [Tese Doutorado - Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp].
- MENDES-GONÇALVES, R.B. - **Medicina e historia: raíces sociales del trabajo médico**. Colombia, Siglo Veintiuno Editores S.A, 1984. 204 p.
- MENDES-GONÇALVES, R.B. - **Tecnologia e Organização das Práticas de Saúde - características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo**. São Paulo, Hucitec/Abrasco, 1994. 278 p.
- MERHY, E.E.; IRIART, C.B.; WAITZKIN, H. – **Atenção gerenciada: da micro-decisão corporativa à micro-decisão administrativa, um caminho igualmente privatizante?** In: OFICINA DE TRABALHO Perspectivas para a gestão hospitalar pública..., 1996, Rio de Janeiro. **Texto**. ENSP/FIOCRUZ, 1996. 27p.
- MERRITT, T.A.; PALMER, D.; BERGMAN, D.A.; SHIONO, P.H. - Clinical practice guidelines in pediatric and newborn medicine: implications for their use in practice. **Pediatrics**, **99**(1): 100-114, 1997.
- MILLER, G. - Building bridges: the possibility of analytic dialogue between ethnography, conversation analysis and Foucault. In: SILVERMAN, D - **Qualitative research. Theory, Method and Practice**. London, Thousand Oaks, New Delhi, Sage Publications, 1997. p.24-44.
- MILLER, R.H. & LUFT, H.S. - Managed care plans: characteristics, growth, and premium performance. **Annu Rev Public Health**, **15**: 437-59, 1994.
- MINAYO, M.C.S. - **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo-Rio de Janeiro, Hucitec-Abrasco, 1992. 269 p.
- MINAYO, M.C.S. - **Pesquisa Social. Teoria, Método e Criatividade**. Petrópolis, Vozes, 1994. 80 p.

- MINAYO, M.C.S. & SANCHES, O. - Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade. **Cad Saúde Públ**, 9(3): 239-62, 1993.
- MORSE, J.M. - The significance of saturation. Editorial. **Qualitative Health Research**, 5 (2): 147-9, 1995.
- MORSE, J.M. & FIELD, P.A. - **Qualitative Research Methods for Health Professionals**. 2 ed. Thousand Oaks, Sage Publications, 1995. 254 p.
- NETO, E.R. - Reorientando o setor saúde no Brasil: desafios para a prática e a educação médicas. **Divulgação em Saúde para Debate**, 14: 66-74, 1996.
- NOGUEIRA, R.P. - **Perspectivas da qualidade em saúde**. Rio de Janeiro, Qualitymark Editora, 1994. 176 p.
- NORHEIM, O.F. - Healthcare rationing - are additional criteria needed for assessing evidence based clinical practice guidelines? **BMJ**, 319: 1426-9, 1999.
- NOVAES, H.M.D. - Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev Saúde Pública**, 34(5): 547-59.
- NOVAES, H.M.D. - **Diagnosticar e classificar: o limite do olhar**. São Paulo, 1987. [Tese Doutorado - Faculdade de Medicina da USP].
- NOVAES, H.M.D. - Epidemiologia e avaliação em serviços de atenção médica: novas tendências na pesquisa. **Cad Saúde Públ**, 12(2): 7-12, 1996.
- NUNES, E.D. - A questão da interdisciplinaridade no estudo da saúde coletiva e o papel das ciências sociais. In: CANESQUI, AM. (org.) - **Dilemas e Desafios das Ciências Sociais na Saúde Coletiva**. São Paulo-Rio de Janeiro, Hucitec-Abrasco, 1995 a. p.95-113.
- NUNES, E.D. - As Ciências Sociais e a Saúde, In: CANESQUI, AM. (org.) - **Dilemas e Desafios das Ciências Sociais na Saúde Coletiva**. São Paulo-Rio de Janeiro, Hucitec-Abrasco, 1995b. p.53-61.

- PAIM, J.S. - Por um planejamento das práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 4(2): 243-8, 1999.
- PATTON, M.Q. - **How to Use Qualitative Methods in Evaluation**. Newbury Park, Beverly Hills, London, New Delhi, Sage Publications, 1987. 175 p.
- PATTON, M.Q. - **Qualitative Evaluation and Research Methods**. 2 ed. Newbury Park, London, New Delhi, Sage Publications, 1990. 532 p.
- PEDERSEN, D. – El dilema de lo cuantitativo y lo cualitativo: de las encuestas a los métodos rápidos de investigación en salud. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE METODOLOGIAS DE AVALIAÇÃO RÁPIDA EM SAÚDE, 1990, Washington D.C. **Texto**. Washington D.C., 1990.
- PEDERSEN, D. – Evaluación de servicios de salud: el punto de vista de la gente. **Enfoques en Atención Primária**, 2:12-22, 1991.
- PEREZ-STABLE, E.J. - Managed care arrives in Latin America. Editorial. **N Engl J Med**, 340(14): 1110-2, 1999.
- PIOVESAN, A. & TEMPORINI, E.R. – Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Rev Saúde Pública**, 29(4): 318-25, 1995.
- POSES, R.M. - One size does not fit all: questions to answer before intervening to change physician behavior. **Jt Comm J Qual Improv**, 25(9): 486-95, 1999.
- RIBEIRO, J.M. - **Trabalho médico: ciência, arte e ação na conformação da técnica**. Rio de Janeiro, 1995. [Tese Doutorado - Escola Nacional de Saúde Pública].
- RIVORÊDO, CRSF - **Por uma história de uma dor: mentalidades médicas, neonatologistas e a dor em recém-nascidos**. Campinas, 1996. [Tese Doutorado - Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp].

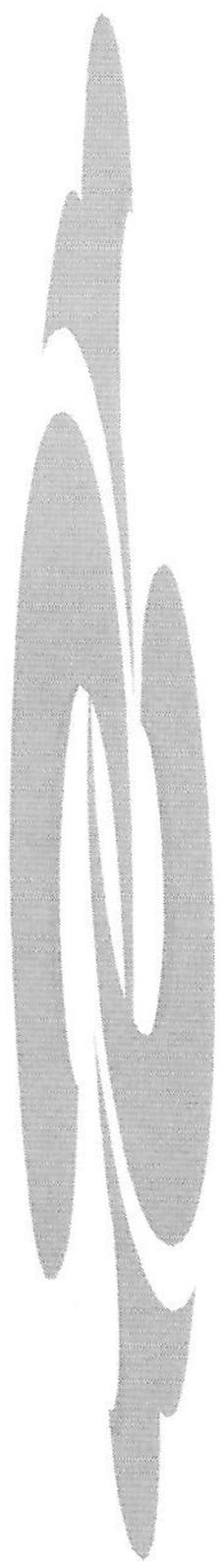
- SÁ, M.C. - O mal estar nas organizações de saúde: planejamento e gestão como problemas ou soluções? **Ciência & Saúde Coletiva**, 4(2): 255-8, 1999.
- SACKETT, D.L.; ROSENBERG, W.M.C.; GRAY, J.A.M.; HAYNES, R.B.; RICHARDSON, W.S. - Evidence-Based Medicine: What it is and what it isn't. **BMJ**, 312: 71-2, 1996.
- SANDELOWSKI, M. - "To be of use": enhancing the utility of qualitative research. **Nurs Outlook**, 45: 125-3, 1997.
- SCHRAIBER, L.B. - In: HARTZ, Z.M.A. - **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 1997. 131 p.
- SCHRAIBER, L.B. - O Centro de Saúde. In: ISSLER, H.; LEONE, C.; MARCONDES, E. (coord.) - **Pediatria na atenção primária**. São Paulo, Sarvier, 1999. p.3-13.
- SCHRAIBER, L.B. - Ciência, trabalho e trabalhador em saúde: contribuições de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves para a compreensão da articulação entre saber, prática e recursos humanos. **Divulgação em Saúde para Debate**, 14: 7-9, 1996.
- SCHRAIBER, L.B. - **O Médico e seu Trabalho. Limites da Liberdade**. São Paulo, Hucitec, 1993. 229 p.
- SCHRAIBER, L.B. - O trabalho médico: questões acerca da autonomia profissional. **Cad Saúde Públ**, 11(1): 57-64, 1995.
- SCHRAIBER, L.B. & NEMES, M.I.B. - Processo de trabalho e avaliação de serviços em saúde. **Cadernos FUNDAP**, 19:106-21, 1996.
- SCHRAIBER, L.B.; PEDUZZI, M.; SALA, A.; NEMES, M.I.B.; CASTANHERA, E.R.L.; KON, R. - Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 4(2): 221-42, 1999.

- SEIDEL, J. - **The Ethnograph v.5.0. A User's Guide**. Thousand Oaks, London, Qualis Research Associates, 1998.
- SEIDMAN, I.E. - **Interviewing as Qualitative Research. A Guide for Researchers in Education and the Social Sciences**. New York, Teachers College Press, 1991. 119 p.
- SILVA, L.M.V. & FORMIGLI, V.L.A. - Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cad Saúde Públ**, 10(1): 80-91, 1994.
- SILVER, L. - Aspectos metodológicos em avaliação dos serviços de saúde. In: GALLO, E.; RIVERA, F.J.U.; MACHADO, M.H. - **Planejamento criativo. Novos desafios em políticas de saúde**. Rio de Janeiro, Relumê-Dumará, 1992. p.195-210.
- SILVERMAN, D. - The logics of qualitative research. In: MILLER, G. & DINGWALL, R. - **Context & method in qualitative research**. London, Sage Publications, 1997. p.12-25.
- SMYTH, R.L. - Evidence-Based Pediatric Pulmonary Medicine: How Can It Help? **Pediatric Pulmonology**, 25: 118-27, 1998.
- STENZEL, A.C.B. - **A temática da avaliação no campo da saúde coletiva: uma bibliografia comentada**. Campinas, 1996. [Tese Mestrado - Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP].
- STOCKER, K.; WAITZKIN, H.; IRIART, C. - The exportation of managed care to Latin America. **N Engl J Med**, 340(14): 1131-6, 1999.
- SWANSON, J.M. & CHAPMAN, L. - Inside the black box: theoretical and methodological issues in conducting evaluation research using a qualitative approach. In: MORSE, J.M. - **Critical issues in qualitative research methods**. Thousand Oaks, London, New Delhi, Sage Publications, 1994. p.66-93.

TAVEIRA, M. – Controle de custos em saúde: redução a qualquer preço ou racionalização na busca da eficácia? – elementos para discussão. **Saúde em Debate**, 23(53): 68-80, 1999.

THIOLLENT, M. - **Crítica Metodológica, Investigação Social e Enquete Operária**. 5 ed. São Paulo, Editora Polis, 1987. 270 p.

VELÁZQUEZ, H.A. – Desarrollo de instrumentos de medición para la evaluación de servicios médicos. In: SEMINARIO DE INVESTIGACIÓN EN SERVICIOS MEDICOS. **Memorial**. Queretaro, Mexico, 1978. p.90-102.



## ***14. ANEXOS***

## ANEXO I

Caro participante

Conforme requisito do Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, estou me apresentando a você e descrevendo brevemente a pesquisa que estarei realizando.

Meu nome é SELMA CRISTINA FRANCO, sou pediatra e trabalho no Setor de Pediatria Social do Departamento de Pediatria da FCM/UNICAMP. Atualmente estou realizando pós-graduação, e esta pesquisa será a tese que apresentarei ao final do meu doutorado.

O projeto será realizado entre julho/98 e dezembro/00, e tem como tema central a qualidade da atenção pediátrica nos serviços públicos de saúde sob a perspectiva do próprio pediatra. O enfoque principal será dado à falta de recursos financeiros no setor saúde no Brasil e suas consequências para a atenção médica, na medida em que impõe limitações à sua prática. O que pretendo compreender é como o médico pediatra toma decisões no seu cotidiano nos serviços públicos de saúde.

Para isto, estarei realizando entrevistas com pediatras que atuam na Rede Básica de Saúde de Campinas. Serão selecionados cerca de quinze pediatras que trabalham há mais de dois anos, uma vez que estes tiveram uma oportunidade maior de vivenciar o dia-a-dia dos serviços públicos.

As entrevistas serão realizadas com o conhecimento e permissão prévios da Secretaria Municipal de Saúde, entretanto sem identificar os médicos selecionados, em local e horário a serem combinados visando a melhor conveniência do entrevistado e do pesquisador, desde que sejam locais silenciosos e com privacidade. Serão gravadas para possibilitar sua transcrição sem que se percam conteúdos importantes. Em todas as etapas do projeto será garantido o meu empenho em manter o sigilo e o anonimato das informações fornecidas, visando protegê-lo de eventuais questões éticas que possam surgir. A duração das entrevistas não é fixa, dependendo da avaliação do pesquisador quanto ao esgotamento do tema, porém estima-se que seja em torno de duas horas. Se houver necessidade poderá ser interrompida e continuada em outra oportunidade.

As fitas ficarão sob minha responsabilidade e, após serem transcritas usando-se um nome fictício, serão apagadas.

Em todas as etapas da pesquisa fica garantido o seu direito de ser excluído, se assim o desejar, bem como recusar-se a responder a quaisquer perguntas sem precisar se justificar.

E houver mais alguma informação que deseje receber, meu telefone residencial para contato é (19)3251-2059, ou então no Departamento de Pediatria da FCM/UNICAMP, (19)3788-8260.

Desde já agradeço por sua atenção e colaboração.

SELMA CRISTINA FRANCO

---

Desejo participar desta pesquisa, que envolverá minha entrevista e sua gravação.

---

NOME DO PARTICIPANTE E ASSINATURA

DATA

## ANEXO 2

### À SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS

Conforme requisito do Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, venho através desta apresentar-me a V.Exa. e descrever brevemente a pesquisa que pretendo realizar.

Meu nome é SELMA CRISTINA FRANCO, sou pediatra e trabalho no Setor de Pediatria Social do Departamento de Pediatria da FCM/UNICAMP. Atualmente estou realizando pós-graduação, e esta pesquisa será a tese que apresentarei ao final do meu doutorado.

O projeto será realizado entre julho/98 e dezembro/00 e tem como tema central a qualidade da atenção pediátrica nos serviços públicos de saúde sob a perspectiva do próprio pediatra. O enfoque principal será dado à falta de recursos financeiros no setor saúde no Brasil e suas consequências para a atenção médica, na medida em que impõe limitações à sua prática. O que pretendo compreender é como o médico pediatra toma decisões no seu cotidiano nos serviços públicos de saúde.

Para isto, pretendo realizar entrevistas com pediatras que atuam na Rede Básica de Saúde de Campinas. Serão selecionados cerca de quinze pediatras que trabalham há mais de dois anos, uma vez que estes tiveram uma oportunidade maior de vivenciar o dia-a-dia dos serviços públicos.

As entrevistas serão realizadas sem identificar os médicos selecionados, em local e horário a serem combinados visando a melhor conveniência do entrevistado e do pesquisador, desde que sejam locais silenciosos e com privacidade. Serão gravadas para possibilitar sua transcrição sem que se percam conteúdos importantes. Em todas as etapas do projeto será garantido o meu empenho em manter o sigilo e o anonimato das informações fornecidas, visando protegê-lo de eventuais questões éticas que possam surgir. A duração das entrevistas não é fixa, dependendo da avaliação do pesquisador quanto ao esgotamento do tema, porém estima-se que seja em torno de duas horas.

Portanto, venho a esta Instituição para esclarecer-lhes sobre a natureza de meu trabalho e solicitar autorização para a realização das entrevistas com os pediatras. Penso que a contribuição deste trabalho é no sentido de se compreender a articulação entre a prática médica e sua própria concepção de qualidade, trazendo desdobramentos para as áreas de avaliação dos serviços de saúde, da educação e ética médicas.

Desde já agradeço por sua atenção e colaboração e coloco-me à disposição tanto para prestar maiores esclarecimentos quanto para discutir os resultados obtidos, pensando que a devolução dos conhecimentos adquiridos possa trazer contribuições efetivas para a melhoria dos serviços públicos de saúde.

SELMA CRISTINA FRANCO

---

Estou ciente da realização da pesquisa acima referida na Rede Básica de Campinas e estou de acordo com a mesma.

---

RESPONSÁVEL EM NOME DA SECRETARIA DE SAÚDE

DATA

### ANEXO 3

#### ROTEIRO DE ENTREVISTA \_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Hora início \_\_\_\_\_ Hora fim \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Formação: resid em ped ( ) especializ em ped ( ) pós: M( ) D( )

Tempo: form em ped \_\_\_\_\_ trabalho no serv público \_\_\_\_\_

Outras modalidades de prática: consult( ) hospital( ) outra \_\_\_\_\_

1. Fale sobre qualidade da atenção médica pediátrica. O que você entende por qualidade?
2. O que você acha que facilita e o que atrapalha a conquista da qualidade em seu trabalho?
3. Um aspecto central do trabalho do médico é a tomada de decisões, isto é a finalização do ato médico, a conduta frente ao caso. Em que você se baseia para tomar decisões em cada caso?
4. Você acha possível tomar decisões mantendo a qualidade da atenção pediátrica no serviço público? Como tenta superar as limitações/dificuldades? Exemplifique.
5. Fala-se muito em falta de recursos financeiros para o setor saúde e em priorizar as ações de saúde. Ela é uma realidade em sua vivência de pediatra no serviço público? Você acha que o pediatra tem alguma responsabilidade em ajudar na economia de recursos? Isto afeta a qualidade de suas decisões?
6. Para adaptar a atenção pediátrica ideal à realidade é necessário fazer escolhas, tomar decisões. Você pode exemplificar como faz isto frente a situações do dia-a dia?
7. Como você vê a avaliação da qualidade de seu trabalho atualmente realizada nos CS?
8. Como você imaginaria o seu trabalho com o máximo de qualidade?  
É possível ter qualidade na rede pública? Você tem alguma reivindicação concreta para a melhoria da qualidade de seu trabalho aqui no CS? Qual ?