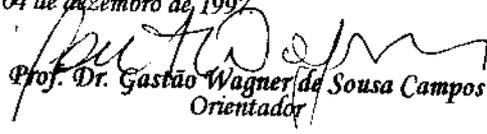


**ANGELA APARECIDA CAPOZZOLO**

*Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação de Mestrado, apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, para obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva. Campinas, 04 de dezembro de 1997.*

  
Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos  
Orientador

**OS DESAFIOS PARA  
O GERENCIAMENTO DO  
TRABALHO MÉDICO**

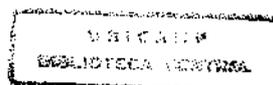
**Um estudo em unidades básicas  
do município de Diadema - SP**

*Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.*

**Orientador: Prof. Dr. Gastão Wagner de Souza Campos**

**Campinas**

**1997**



UNIDADE	BC
N.º CHAMADA:	
TITULO	Thyrisica, fe
	C173 d
V.	
FON.º	34402
PRE.	395/98
	U [X]
PREÇO	R\$ 11,00
DATA	07/07/98
N.º CPD	

CM-00112699-5

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

**C173 d**      **Capozzolo, Angela Aparecida**  
**Os desafios para o gerenciamento do trabalho médico: um estudo em unidades básicas do município de Diadema - SP/ Angela Aparecida Capozzolo. Campinas, SP : [ s.n.], 1997.**

**Orientador: Gastão Wagner de Souza Campos**  
**Tese (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.**

**1. Recursos humanos . 2. Medicina Prática. 3. Saúde Pública-Administração. I. Gastão Wagner de Souza Campos. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.**



*Dedico este trabalho a todos aqueles que,  
apesar das dificuldades impostas pelos avanços  
do projeto neoliberal, persistem na organização  
e na luta por melhores condições de vida e de  
saúde*

*“Mas é preciso ter força  
é preciso ter raça  
é preciso ter gana sempre  
quem traz no corpo uma marca  
Maria, Maria  
mistura a dor e a alegria*

*Mas é preciso ter manha  
é preciso ter graça  
é preciso ter sonho sempre  
quem traz na pele essa marca  
possui a estranha mania  
de ter fé na vida”*

*Maria, Maria*

**Milton Nascimento/Fernando Brant**

## AGRADECIMENTOS

---

Quando do início desta dissertação a tarefa se apresentava como extremamente árdua, cheia de obstáculos, solitária, difícil de concretizar, uma empreitada quase impossível. O sentimento agora é de imensa satisfação por superar as dificuldades e conseguir, enfim, realizar a tarefa, ainda que com limites.

O momento se reveste de múltiplos significados, entre outras coisas pela descoberta de “possibilidades”, pelo exercício da autoria, pela exposição pública dos resultados do trabalho. O “sofrido” aprendizado propiciado pelo processo foi muito além da questão profissional.

Ao contrário da impressão inicial, a empreitada não foi solitária, mas compartilhada. Este trabalho é resultado da colaboração e solidariedade de muitas pessoas. Gostaria, assim, de agradecer a todos aqueles que contribuíram direta ou indiretamente para a sua realização: debatendo idéias; trocando experiências; dando “dicas”; indicando material bibliográfico; me substituindo nas tarefas profissionais e domésticas; ouvindo minhas angústias; segurando as “minhas barras”; me estimulando e apoiando nesta difícil jornada.

Sem poder nomear a todos, torno público apenas alguns agradecimentos:

Ao *Gastão Wagner de Souza Campos*, orientador deste trabalho, cujo apoio e incentivo, me dizendo desde o início que “já está quase pronto, só falta um pouco”; valorizando os resultados parciais apresentados; me acolhendo nos momentos difíceis, foram fundamentais para finalizar esta tarefa. As suas idéias, a sua ousadia, as suas críticas, os seus ensinamentos e o seu compromisso com a saúde pública tiveram grande influência na minha formação. Durante este processo, ao me provocar a assumir a autoria, muito contribuiu para o meu crescimento profissional e também pessoal.

À professora *Regina Marsiglia* e à professora *Ana Maria Canesqui*, pela colaboração na elaboração inicial deste projeto e pelas indicações, muito úteis, de leitura.

À *Maria de Lourdes Mattos*, pela seriedade com que leu, por mais de uma vez, meu trabalho e pela disponibilidade em me ajudar, fornecendo “dicas” e valiosas contribuições, principalmente, para a análise das entrevistas.

Ao *Dr. Luiz O. Cecílio* e à *Dra. Maria da Graça G. Andrade*, pelas críticas e sugestões no exame de qualificação do projeto que foram muito proveitosas.

À *Elen Rose Castanheira*, pelo incentivo, pela leitura cuidadosa do meu material, pelas críticas pertinentes e discussão teórica que muito me auxiliaram.

Ao *Dr. Raul Goraieb*, pelo aprendizado propiciado através das supervisões e reflexões sobre a prática clínica e pelas discussões que muito contribuíram na realização das entrevistas.

À *Flávia M. Kerr*, à *Denize O. Reis* e à *Maria Aparecida G. Ferrarini*, “as meninas da pediatria”, por “segurarem” o serviço, durante a minha ausência, e pela experiência e reflexões compartilhadas, junto com o *Raul* e o *Geraldo Benetton*, na busca de uma outra prática clínica.

Ao *Ivan*, à *Tina*, ao *Bira*, à *Miriam Etelvina*, à *Tânia*, pela ajuda na transcrição das fitas e ao *Nicanor Pinto*, pela ajuda na organização da bibliografia.

Ao *Waldir Luiz Alves*, pela confecção das tabelas, pela valiosa ajuda na editoração da tese e na impressão.

À *Secretaria Municipal de Saúde de Diadema*, pelo apoio para a realização da pesquisa e ao *Dr. Douglas Schneider*, pela paciência com que me forneceu detalhadas informações sobre o funcionamento da Secretaria de Saúde e me auxiliou na operacionalização da pesquisa de campo.

Aos trabalhadores, médicos e gerentes de Diadema, cujos depoimentos possibilitaram a realização desta pesquisa.

À *Rejane Fraissat*, companheira que tive a oportunidade de conviver em várias experiências de organização de serviços, cuja prática e firmeza ideológica na defesa de serviços públicos de saúde muito influenciou na minha formação,

agradeço pelo incentivo para a realização desta dissertação, pelas contribuições e ajudas nas horas de sufoco.

Ao *Duarte Pereira*, amigo solidário, pelo rico aprendizado que tem me propiciado ao longo de anos, pelo seu apoio e incentivo para o meu desenvolvimento intelectual e profissional, pelo carinho com que sempre me auxiliou e pelas suas valiosas sugestões que muito contribuíram para este trabalho.

Ao *Rubens* e à *Maira*, filhos queridos, pela compreensão das ausências e dos “nervosos” fora de hora, pelo carinho e afeto com que me incentivaram a terminar este trabalho e também pela ajuda em várias tarefas da tese. Aos meus pais, *Chico* e *Josefina*, pelos seus ensinamentos e simplicidade, pelo imenso amor que me dedicam, pela infra-estrutura que me propiciaram e pela ajuda em várias tarefas domésticas.

À *Marília*, amiga querida, minha segunda mãe, pelo afeto e pelo incentivo desde a fase de preparação para ingressar no curso de mestrado, pela escuta das minhas queixas, por “segurar” a minha barra no conturbado período da tese, por me apoiar e animar a continuar - “*está difícil, mas não está impossível*”. Ao amigo *Nilão*, pelo apoio e empenho em fazer a capa e me ajudar na revisão gráfica.

Ao *Adail Rolo*, pela insistência com que me incentivou a ingressar no mestrado, à *Tereza Martins*, à *Josely Rimoli*, e à *Wanda Sato*, pelo carinho e apoio nos momentos difíceis.

Aos companheiros de trabalho da UNIFESP - EPM e do Centro de Referência de Aids do Ipiranga, que me ajudaram de formas diversas.

Ao auxílio financeiro do CNPq e da FAEP- UNICAMP.

# SUMÁRIO

---

<b>Resumo.....</b>	<b>i</b>
<b>1.INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
<b>2. A NECESSIDADE DE UMA CLÍNICA AMPLIADA.....</b>	<b>7</b>
2.1. Autonomia e poder dos médicos: influência no modo de organizar os serviços.....	7
2.2. A prática médica na atenção básica: a necessidade de uma clínica ampliada.....	21
2.3. A prática médica: tendência a fragmentação.....	36
2.4. A prática médica: seus aspectos relacionais.....	43
2.5. Os desafios para o gerenciamento do trabalho médico.....	56
<b>3. CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS.....</b>	<b>66</b>
3.1. O desenvolvimento da pesquisa de campo.....	70
3.2. A análise das entrevistas.....	74
<b>4. O MUNICÍPIO DE DIADEMA.....</b>	<b>77</b>
4.1. Caracterização.....	77
4.2. A política de saúde.....	79
4.3. A política de recursos humanos e os médicos.....	85
4.4. A rede básica e o modelo de atenção.....	89
<b>5. OS GERENTES E O TRABALHO MÉDICO NA REDE BÁSICA.....</b>	<b>96</b>
5.1. O atendimento médico e o modelo técnico-assistencial.....	96
5.2. A visão dos gerentes sobre a consulta médica.....	105
5.3. O gerenciamento do trabalho médico.....	111
<b>6. OS MÉDICOS E O SEU TRABALHO NA REDE BÁSICA.....</b>	<b>120</b>
6.1. Caracterização dos médicos entrevistados.....	120
6.2. Trabalhar em Diadema.....	123
6.3. Trabalhar em unidade básica de saúde.....	130
6.4. O atendimento médico e o modelo técnico assistencial.....	138

6.5. A visão dos médicos sobre a consulta médica.....	141
6.6. A escuta e o vínculo com o paciente.....	148
6.7. Os médicos e a gerência .....	157
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>160</b>
<b>Summary.....</b>	<b>167</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>168</b>
<b>ANEXO I - Mapa do município de Diadema.....</b>	<b>175</b>
<b>ANEXO II - Roteiro de questões para a entrevista com os gerentes.....</b>	<b>176</b>
<b>ANEXO III - Roteiro de questões para a entrevista com os médicos.....</b>	<b>178</b>

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

---

ERSA - Escritório Regional de Saúde

SILOS - Sistemas locais de saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UNIFESP - EPM.- Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de  
Medicina

## RESUMO

---

Esta dissertação discute o trabalho médico na atenção básica à saúde. Considerando que para o projeto de reforma sanitária é fundamental uma prática clínica de boa qualidade e alta resolubilidade, objetiva aprofundar o conhecimento sobre as características do trabalho médico nesses serviços, visando subsidiar linhas de atuação gerencial sobre esse trabalho.

Para isso, articula um quadro teórico a uma pesquisa empírica no município de Diadema, local onde existia uma rede de unidades básicas equipadas e condições de trabalho favoráveis à reflexão e análise de questões referentes ao trabalho médico e a seu gerenciamento. Optou-se por uma metodologia qualitativa, utilizando-se pesquisa documental, observação e entrevistas com gerentes e médicos. São analisadas as diretrizes institucionais que norteavam a organização, o gerenciamento desse trabalho, bem como, o atendimento oferecido e sua problemática.

O estudo revela questões importantes para reflexão. Apesar dos avanços em vários aspectos, o atendimento médico oferecido em Diadema era predominantemente voltado para medicalizar as queixas trazidas pelos pacientes. Os depoimentos expressaram a complexidade da demanda que chega a esses serviços e os limites desse tipo de atenção. A atuação gerencial sobre o trabalho médico foi limitada a determinados aspectos, constatando-se uma adesão ao autocontrole dos médicos sobre a sua prática.

Decorrente da especificidade de se realizar em unidades básicas, o trabalho médico se reveste de uma problemática singular. Para responder às complexas necessidades de saúde da população discute-se a importância de uma prática clínica ampliada e integrada com outras ações e trabalhos. O vínculo, a escuta, a relação com o paciente, bem como o envolvimento e a responsabilização do profissional são fundamentais.

A investigação indica a importância do desenvolvimento de políticas e tecnologias de gestão para atuar no núcleo específico do trabalho médico, na sua dimensão técnica, não apenas em seus aspectos técnico-científicos, mas também em seus aspectos relacionais. Para responder às necessidades individuais e coletivas de saúde da população, o estudo aponta a importância da ação gerencial na formação, organização e avaliação do trabalho médico.

Os dilemas e desafios postos para o gerenciamento desse trabalho sugerem a necessidade de continuidade de pesquisas nessa direção.

# 1. INTRODUÇÃO

---

A identificação de uma área da realidade como carente de investigação já significa um primeiro entendimento do objeto de estudo e o início do trabalho de pesquisa. Gostaria, por isso, de esclarecer os motivos que me levaram a escolher o trabalho médico em atenção básica à saúde como tema de estudo.

O poder dos médicos junto à população os destaca como figura central dos serviços de saúde, procurados para “julgar” qualquer alteração identificada como “doença”. Assim, para o projeto de reforma sanitária, é de suma importância que a atuação desses profissionais seja direcionada no sentido de oferecer uma atenção integral de boa qualidade e alta resolubilidade, que contribua para o resgate da autonomia dos pacientes na solução de seus problemas de saúde e diminua a medicalização e a dependência aos serviços de saúde.

O atendimento médico hegemonicamente oferecido nos serviços públicos, no entanto, se traduz numa atenção de precária qualidade e baixa resolubilidade, numa prática medicalizante, às vezes até mesmo iatrogênica, que reitera a dependência aos serviços de saúde. O tipo de “escuta” por parte dos profissionais, de vínculo com o paciente e de responsabilização por seu acompanhamento e restabelecimento, resulta com frequência num atendimento pouco efetivo, que acarreta, muitas vezes, uma série de retornos do paciente aos serviços de saúde sem que se resolva o seu problema.

As demandas de saúde de uma unidade básica, não raro, exigem uma intervenção simples em recursos e equipamentos técnicos e laboratoriais, mas exigem uma complexa intervenção para compreender as solicitações da clientela, identificar suas necessidades e satisfazê-las. O processo de trabalho nesses serviços tem uma composição tecnológica de caráter complexo (Schraiber & Mendes-Gonçalves, 1996).

Um atendimento integral e resolutivo pressupõe uma prática clínica ampliada, que tenha como referencial o “doente”, o sujeito portador de necessidades, e não apenas a “doença” ou a medicalização de uma queixa. A especificidade de um serviço básico de saúde obriga a organização do trabalho médico a responder tanto às necessidades individuais de saúde quanto, integrado com outras ações e trabalhos, às necessidades coletivas de saúde.

O trabalho médico em unidades básicas se reveste de uma problemática singular, decorrente das próprias características da demanda e da prática necessária nesses serviços. As dificuldades gerenciais para a sua organização me estimularam a tomar o tema como objeto de estudo.

Meu interesse pelo assunto advém tanto da minha atuação profissional nos serviços básicos de saúde - como médica consultante e como gestora - quanto da minha atuação política junto a movimentos populares de saúde que lutam por uma atenção de boa qualidade.

A experiência de dez anos como médica consultante do setor de pediatria do Centro de Saúde Escola da UNIFESP-EPM, vivenciando um processo de reflexão e reformulação da prática clínica, demonstrou-me, apesar dos limites, a possibilidade de uma atenção em unidade básica mais resolutiva e integral para o paciente e mais satisfatória para o profissional.

Minha participação em projetos de gerenciamento de serviços públicos, que buscavam a implantação de modelos de atenção comprometidos com a reforma sanitária, mais centrados nos interesses do usuário, revelou-me, por outro lado, as dificuldades de organizar e gerenciar o trabalho médico.

As vivências no projeto de integração docente-assistencial desenvolvido de 1985 a 1988 pela UNIFESP-EPM junto à Secretaria Estadual de Saúde; no processo de implantação dos ERSAs; e, particularmente, quando estive na direção de uma unidade básica de saúde do município de São Paulo de 1989 a 1992, período em que a cidade foi administrada por um governo democrático popular comprometido com a implantação do Sistema Único de Saúde, me instigavam a pensar a respeito dos desafios gerenciais para organização de uma prática clínica de boa qualidade.

A organização do trabalho médico nas unidades de saúde é ainda uma questão em aberto para o projeto de reforma sanitária. Mesmo os serviços comprometidos com a implantação do SUS não desenvolvem, na minha opinião, mecanismos gerenciais para atuar na dimensão interna do trabalho médico, no seu núcleo mais duro, deixando aos próprios profissionais a auto-regulação de sua prática.

As dificuldades de gerenciar esse trabalho, historicamente uma prática liberal, tem restringido, quase sempre, a ação gerencial a questões administrativas de cumprimento de horário, de algumas regras institucionais, ou de determinadas metas de produção. As propostas em relação à dimensão mais técnica do trabalho médico, quando existem, referem-se a reciclagens, treinamentos e normatizações de condutas.

A consulta médica, sua qualidade e resolubilidade, a responsabilidade do profissional pelo atendimento, a escuta, o vínculo com o paciente, a articulação e integração com o trabalho de outros profissionais, em geral não são problematizados e não se traduzem em diretrizes gerenciais e operacionais, o que acarreta problemas em relação à adequação dessa prática às finalidades postas ao serviço.

Os serviços de saúde convivem com uma estrutura corporativa e tradicional da profissão médica que delega apenas aos seus pares a possibilidade de avaliar e controlar seu trabalho. A categoria médica tem um peso relevante na conformação do modelo assistencial e resiste a mudanças que não lhe interessam. Os seus interesses corporativos freqüentemente se contrapõem aos dos usuários e à missão institucional de atender às necessidades da população (Campos, 1991; Merhy, 1997b).

O trabalho médico realiza-se numa relação privada com o paciente, o que implica um nível de autonomia e independência técnica de seus agentes. A autonomia técnica e o poder corporativo dos médicos tensionam uma ação gerencial que pretenda uma organização desse trabalho segundo os objetivos institucionais (Castanheira, 1996a).

Além disso, as transformações tecnológicas na profissão médica com sua racionalidade científica têm levado a uma prática fragmentada, tecnificada, cada vez

mais voltada para a “doença”, para o “órgão doente”, para a identificação da lesão anátomo-patológica. O “doente” distancia-se cada vez mais do objeto da prática médica.

A formação escolar do médico, permeada por este paradigma tecnológico e pelas próprias transformações estruturais que vêm ocorrendo na profissão, tem gerado profissionais com baixo grau de responsabilização pela recuperação do paciente. Por outro lado, na organização dos serviços de saúde, a valorização dos atos em si também reforça um padrão de atendimento descompromissado com o paciente, de baixa qualidade, voltado a responder apenas à queixa (Campos, 1992).

A prática nas unidades básicas, associada a uma atividade rotineira e de baixa incorporação de tecnologia material, é identificada pela maioria dos médicos como desmotivante, o que contribui para haja pouco envolvimento com o trabalho nesses serviços (Bodstein, 1993).

Em que pesem todas essas dificuldades, a relevância, para o projeto de reforma sanitária da reformulação da prática médica hegemônica nas unidades de saúde e a concepção de que a organização e o gerenciamento dos serviços são fundamentais nessa mudança, norteiam esta dissertação, cujo objetivo é aprofundar o conhecimento sobre as características do trabalho médico nos serviços básicos de saúde e as implicações decorrentes dessas características para uma atuação gerencial transformadora.

Optou-se por estudar unidades básicas da rede onde estivessem garantidas certas condições institucionais e de trabalho favoráveis à reflexão e ao aprofundamento, junto a gerentes e médicos, de questões referentes ao trabalho médico e a seu gerenciamento, numa tentativa de contribuir, através da exploração da problemática existente, para sua superação.

Para este estudo foi escolhido o município de Diadema. Com uma continuidade administrativa de catorze anos comprometida com a construção de um sistema de saúde, segundo as diretrizes do SUS, apresentava uma rede de serviços com condições de trabalho, salariais e estruturais relativamente adequadas<sup>1</sup>, além de

---

<sup>1</sup> Essas condições serão especificadas adiante, quando caracterizarmos o município de Diadema.

estar passando, no momento desta pesquisa, por um processo de reavaliação de seu modelo assistencial.

A dissertação apresenta, na primeira parte, o referencial teórico, que já foi sistematizado, devido às questões que, no trabalho inicial de campo, pareceram mais relevantes para o objetivo da pesquisa, tendo assim como diretriz não uma ampla revisão temática, mas apenas a caracterização de alguns aspectos que permitissem uma conceituação mais precisa do objeto de estudo e dos pressupostos assumidos e servissem como referenciais para a análise do material empírico.

Concordando com Minayo (1993), assumimos que o recorte teórico reflete certo ponto de vista a respeito da realidade e, dessa maneira, focaliza determinadas características dos fenômenos, projeta luz sobre alguns aspectos e oculta outros, hierarquizando-os, num caminho de ordenação da realidade, dos fatos e das relações, que representa ao mesmo tempo um caminho de criação, articulado com a prática social do pesquisador .

O recorte teórico parte de questões mais gerais, tentando num primeiro momento caracterizar o trabalho médico nos serviços públicos de saúde, com especial atenção para a tensão existente entre o ideal de um trabalho autônomo e a realidade do trabalho assalariado em serviços regulados por necessidades coletivas, e ressaltando o poder dos médicos em intervir no modo de produção dos serviços e o precário desenvolvimento de práticas gerenciais que organizem esse trabalho segundo o interesse público.

Aborda, em seguida, a concepção de unidade básica e da prática médica que se assume como necessária ao projeto da reforma sanitária e discute as características internas dessa prática, trazendo à tona questões que, na tentativa de preservar o núcleo interno do trabalho médico de interferências e questionamentos de terceiros, tendem a ser ocultadas. Procura-se explorar, assim, aspectos importantes para o gerenciamento e organização desse trabalho.

A reconstrução teórica termina por focar os desafios que estão postos para o gerenciamento do trabalho médico, em decorrência das suas características e da sua especificidade de realizar-se numa unidade de saúde.

A segunda parte desta dissertação detalha os procedimentos metodológicos adotados para a investigação e análise do material empírico. A terceira parte apresenta os resultados da pesquisa: a caracterização do município de Diadema, a organização de seus serviços e sua política de saúde, e a análise das entrevistas com gerentes e médicos.

No decorrer de toda a dissertação sistematizam-se conclusões e levantam-se questões para o gerenciamento e organização do trabalho médico em serviços comprometidos com o projeto de reforma sanitária; nas considerações finais, última parte deste trabalho, são enunciados os pontos centrais extraídos da análise realizada.

## **2. A NECESSIDADE DE UMA CLÍNICA AMPLIADA**

---

### **2.1. AUTONOMIA E PODER DOS MÉDICOS: INFLUÊNCIA NO MODO DE ORGANIZAR OS SERVIÇOS DE SAÚDE**

As políticas de bem-estar social do pós-guerra levaram ao crescimento da presença do Estado no setor saúde. A dinâmica do mercado de trabalho em saúde tem sido determinada, no último quarto de século, pela crescente demanda induzida pelo setor público direta ou indiretamente (Medici et al., 1991).

No Brasil, a partir da década de 70, com a extensão da assistência médica previdenciária a todos os trabalhadores formais, consolidou-se a participação do Estado no setor de assistência, ocorrendo um grande crescimento do número de empregos ligados à saúde, principalmente de médicos e atendentes de enfermagem (Medici, 1987).

A intervenção estatal no setor não decorreu de uma ação deliberada de absorver ou controlar o sistema de produção e consumo de serviços, mas foi resultante da dinâmica das relações de classe na sociedade urbano-industrial emergente. O Estado foi obrigado a responder às demandas sociais dos setores populares, mas a expansão dos serviços ocorreu priorizando os interesses do capital, com o financiamento e a compra de serviços do setor privado, principalmente de leitos hospitalares (Donnangelo, 1975).

Pelos limites deste trabalho, não foi possível um maior aprofundamento nesse processo histórico, tão bem descrito por vários autores, entre eles Donnangelo (1975) e Braga (1981). Queremos ressaltar apenas que resultou numa forte presença do Estado na produção de serviços de saúde, tanto na prestação de serviços diretos, o que corresponde a 51% do total de empregos em saúde, quanto no financiamento de serviços privados de saúde. Essa interferência estatal no setor, entre outras

coisas, levou a um progressivo assalariamento da categoria médica. Segundo dados da AMB/IBGE, a categoria representava em 1992 mais de 30% dos empregos do setor e cerca de 75% dos empregos de nível superior (Santana, 1996).

Recente pesquisa sobre o perfil dos médicos no Brasil apurou que eles exercem múltiplos empregos (50% têm entre três ou quatro atividades) e cerca de 70% têm pelo menos um vínculo empregatício no SUS, sendo portanto significativo o número de médicos assalariados que trabalham em serviços públicos de saúde ou são de alguma forma financiados pelo SUS (Machado, 1996a).

O assalariamento do médico também decorreu do desenvolvimento científico e tecnológico, pois, na medida em que se exigiu maior volume de tecnologia material para o diagnóstico e a terapêutica, modificou-se a possibilidade de apropriação individual dos meios de trabalho. O médico não conseguiu manter-se como produtor privado exclusivo. Necessitou do hospital, da intermediação do Estado e das empresas médicas, perdendo assim parte do controle de sua atividade profissional. O capital privado, a empresa pública e as políticas de saúde passaram a regulamentar a inserção do profissional no mercado de trabalho (Donnangelo, 1975).

Donnangelo (1975), em seu estudo sobre o médico e o mercado de trabalho realizado na década de 70, constatou o assalariamento e a proletarização crescentes dos médicos, resultantes das mudanças no mercado de trabalho e das inovações tecnológicas. O assalariamento do médico tem como efeito a perda de sua autonomia, tradicionalmente representada pelo controle individual sobre os meios de trabalho, a clientela e a liberdade de fixação dos honorários.

Para a autora, a tendência da categoria, como conseqüência dessa situação, seria assumir comportamentos sindicais e políticos semelhantes aos de outras categorias assalariadas, ou seja, os sistemas de valores, concepções, interesses e projetos políticos entre os médicos se tornariam distintos a partir da heterogeneidade de sua inserção no mercado de trabalho, diminuindo seu peso como articuladores de uma determinada política de saúde (Donnangelo, 1975).

Campos, no entanto, estudando em 1988 a ação dos médicos enquanto categoria profissional, observou que, apesar da condição de assalariados, há um

predomínio de concepções liberais na categoria, decorrentes não só da tradição profissional secular, mas da organização dos serviços, que recriaram possibilidades para o exercício autônomo da medicina, ainda que dependentes da intervenção do Estado (Campos, 1988).

“O processo de capitalização não levou ao assalariamento de toda a força de trabalho médica; ao contrário, de certa forma ‘recriou’, sob outras condições, o trabalho autônomo. Mais do que uma perspectiva ‘utópica e a-histórica’, o ‘ideal de autonomia’ é uma realidade concreta do dia a dia da categoria, que se constata pela manutenção e até mesmo aumento do número de profissionais que possuem entre suas atividades uma prática autônoma” (Campos, 1988:199).

Persistiram, portanto, condições históricas objetivas que permitiram aos médicos conservar graus importantes de trabalho autônomo. O que se confirma pelos dados atuais: 76% dos médicos exercem atividades de consultório, mesmo que dependentes de algum convênio com medicina de grupo ou seguro de saúde, e 88% trabalham como autônomos em corpos clínicos de hospitais (Machado, 1996a).

Campos (1988) discute que uma grande parcela da categoria procura intervir na política de saúde, a fim de manter e ampliar o exercício autônomo da profissão, opondo-se à expansão dos serviços públicos para além da população marginalizada do processo produtivo e aos projetos de estatização dos serviços de saúde.

Para o autor, apesar das diferentes correntes políticas, na categoria médica predomina a defesa da autonomia profissional e do poder médico nos serviços de saúde, e nem mesmo os setores de esquerda criticam tais posições, ficando presos a um discurso político ambíguo (Campos, 1988).

Analisando-se a atuação dos Conselhos Regionais de Medicina e Sindicatos Médicos, observa-se que recentemente nessas entidades há um discurso mais amplo em defesa do SUS e contrário a projetos privatizantes, como o PAS, no município de São Paulo. No entanto, na prática dessas entidades ainda prevalece, acima dessas questões, a defesa dos interesses corporativos dos médicos (Machado, 1997).

Marsiglia (1993), estudando os movimentos dos funcionários públicos do setor de saúde, afirma que os médicos se organizam em torno de reivindicações

específicas e diferenciadas do restante do funcionalismo, enfrentando os baixos salários, por exemplo, através de saídas individuais, como o não cumprimento do horário de trabalho ou a redução da qualidade do atendimento. Os médicos, mesmo quando participam de lutas conjuntas com os demais segmentos de funcionários, têm como perspectiva preservar os interesses particulares de sua corporação.

“Além de seu poder no interior das administrações basear-se no saber que detêm, os médicos têm outras opções de inserção no mercado de trabalho e até mesmo a possibilidade de exercício autônomo da profissão. Aliás, muitos deles o fazem, caracterizando-se a situação denominada na área de saúde de ‘dupla militância, em que o profissional tem um emprego público e outro no setor privado, ou então, atua como profissional autônomo ou liberal. O ponto básico é que esses profissionais são sempre médicos, antes de serem funcionários públicos” (Marsiglia, 1993:132).

Além disso, a institucionalização da prática médica, a situação de empregado ou a subordinação a uma lógica burocrática dos serviços não implicam a perda total do domínio dos médicos sobre seu processo de trabalho. Os médicos são executores diretos de sua atividade, não há delegação na essência de sua ação técnica, ela é intransferível e não sujeita à subordinação. Apesar das transformações capitalistas e das relações de trabalho, os médicos têm sua autonomia mantida, em virtude das próprias características de seu trabalho.

Para Ribeiro (1995), a Técnica<sup>2</sup> revela-se como fundamento básico da preservação da autonomia do médico diante das transformações do mercado de trabalho e das políticas sociais do Estado nas sociedades capitalistas contemporâneas. O autor considera como base fundamental da autonomia o fato de o trabalho médico ser realizado numa relação entre sujeitos.

“A autonomia, nestes casos, tenderia a ser preservada em função da Técnica, que implica níveis de independência técnica pela forte presença das incertezas e da subjetividade observada na relação médico-paciente. O ‘cenário em aberto’ que esta

---

<sup>2</sup> - Ribeiro (1995) utiliza Técnica com grafia maiúscula enquanto um conceito abrangente e distintivo do trabalho médico que comporta as dimensões científica, artística e operatório-decisiva. A técnica com grafia minúscula relaciona-se a dimensão operante, de ação manual direta ou instrumentalizada.

relação representa, como espaço de acordos; é a garantia da preservação da autonomia, mesmo nas situações de trabalho mais restritivas” (Ribeiro, 1995:64).

O mercado de trabalho e as políticas sociais do Estado alteram aspectos formais da prática médica, mas não comprometem, segundo Ribeiro, sua autonomia, pois, para isso, as alterações deveriam ter uma objetivação tão profunda que substituísse a relação médico-paciente. O processo de incorporação tecnológica preservou para o médico, mesmo quando dependente de outros trabalhos especializados, o papel de tomador de decisões em sua relação com o paciente, residindo nisto sua autonomia (Ribeiro, 1995).

Ao médico é que cabe propriamente o ato decisório de elaboração do diagnóstico e escolha do tratamento, realizando um trabalho intelectual de síntese diagnóstica e terapêutica. Ele se apresenta como único capaz de entender a complexidade da situação do doente. Assim, a autonomia técnica estaria relacionada com a autonomia no lidar com o saber científico, na arte da complexa realização do ato técnico (Carapinheiro, 1993; Ribeiro, 1995).

A autonomia, além dessa dimensão técnica, teria uma dimensão hierárquica, que consiste no fato de que os médicos detêm uma autoridade socialmente legitimada de definir, executar e avaliar seu trabalho. Ao conservarem o controle sobre seu processo de trabalho e o monopólio sobre o seu saber, eles resguardam sua prática de questionamentos e mantêm o poder. Essa autonomia hierárquica se expressa pelo poder político dos médicos nas instituições (Ribeiro & Schraiber, 1994; Ribeiro, 1995).

Friedson (1978), destaca a capacidade de auto-regulação da profissão como a prova básica da autonomia e, portanto, da identidade profissional. A autonomia para o autor aparece como definidora do caráter de profissão da medicina, sendo decorrente da independência técnica e da auto-regulação. Dentre as profissões tradicionais, a médica foi a que melhor preservou seu caráter, em grande parte pelo fato de ter suas associações corporativas reconhecidas na sociedade como capazes de ordenar sua própria atuação.

A auto-regulação é requerida como um elemento essencial para uma boa prática profissional, fundamentada na noção de que os médicos devem atuar

autonomamente e a peculiaridade do seu trabalho exige a não interferência do leigo no julgamento de suas ações, atribuindo este monopólio apenas a elementos de idêntica formação especializada (Machado, 1996b).

Ocorre que com a institucionalização desse trabalho e a crescente diversificação das ações de saúde, modificou-se a condição que deixava ao médico e ao próprio mercado quase o inteiro controle de seu padrão de trabalho. A acentuada reorganização dos meios de produção deslocou os centros de decisão e controle para além da esfera do produtor individual e do limite do sistema de normas, exigindo uma atuação gerencial sobre esse trabalho. A auto-regulação atua, no entanto, como elemento-chave na lógica da prestação de serviços (Machado, 1996b).

Os serviços de saúde convivem com uma estrutura corporativa e tradicional da profissão médica dotada de grande poder de barganha, que negocia formas e condições de trabalho e delega apenas aos seus pares a possibilidade de avaliação e controle de seu trabalho. A corporação médica tem resistências a questionamentos e controles externos de seu trabalho e colocam a gerência numa posição de necessária negociação e, as vezes, até de subordinação ao poder médico (Castanheira, 1996a).

Essas questões se manifestam com maior intensidade quando a gerência dos serviços não é médica ou é realizada por sanitaristas que não têm autoridade “técnica” reconhecida pelos médicos para interferir nos processos de trabalho. Geralmente existe um diretor clínico ou uma chefia médica, indicada por seus pares, que representa os interesses corporativos dos profissionais e tenta compatibilizar o funcionamento da unidade com esses interesses (Campos, 1989).

Quando a organização social da divisão de trabalho envolve profissionais com um estatuto social e profissional elevado, Friedson (1978) afirma que ela é predominantemente regulada mais pela autoridade profissional do que pela autoridade administrativa. As normas e valores profissionais dos médicos mais afetam do que são afetados pela estrutura.

Para Carapinheiro (1993), apesar da estrutura administrativa burocrática, os médicos mantêm uma autoridade nos serviços, decorrente do poder que detêm, entre outros fatores, pelo saber que possuem e pelo monopólio no fornecimento aos

usuários de certos bens, serviços e benefícios. Essa autoridade permite-lhes se oporem às exigências da administração e manter privilégios profissionais no interior das instituições, constituindo-se um sistema “dual” de autoridade.

“De todas as categorias profissionais envolvidas na complexa divisão do trabalho no domínio da saúde, a única que é verdadeiramente autônoma é a profissão médica. A sua autonomia é sustentada pela dominação de seu saber e da sua competência técnica, na organização da divisão do trabalho e, como consequência, dirige e avalia o trabalho de todas as restantes categorias profissionais, sem, em contrapartida, ser objeto de direção e avaliação de ninguém (...). Como profissão dominante, detém uma posição estrutural na divisão do trabalho diferente da de qualquer categoria profissional, refletindo a existência de uma hierarquia de competência institucionalizada” (Carapinheiro, 1993:53,54).

A independência do ato clínico a fatores externos é utilizada para total domínio do médico nesse ato. A necessária autonomia técnica de seu trabalho se traduz em poder e autonomia hierárquica nos serviços e o coloca numa situação especial, em comparação aos demais integrantes da equipe, influenciando no processo decisório burocrático da instituição e tensionando uma ação gerencial que se proponha organizar e constituir um trabalho coletivo (Castanheira, 1996a).

O médico é elemento central na organização do trabalho em saúde, é autoridade reconhecida, tanto pela população quanto pelos demais profissionais de saúde, como capaz de decidir sobre o normal e o patológico, sobre a vida e a morte. A sua autonomia técnica, associada ao seu poder nos serviços de saúde o constitui em um ator com capacidade de intervir no modo de organização e na oferta dos serviços.

Alguns autores, entre eles Campos (1988,1992) e Vianna (1989), destacam o peso relevante da categoria médica na articulação de um dado modelo assistencial, ressaltando o caráter corporativista que permeia a conformação da organização e oferta dos serviços. A ideologia liberal, o ideal de “autonomia plena”, delinea a atuação desses profissionais nos serviços.

Para os médicos, a autonomia ideal deveria contemplar, além da independência propriamente profissional ou técnica na execução do trabalho, a

autonomia no mercado. Na representação dos médicos, “a dignidade profissional, a motivação para o trabalho, a preservação dos princípios éticos e a própria qualidade da atividade médica podem ser significativamente elevadas a partir do momento em que se assegure ao médico a possibilidade de ser livremente escolhido pelo paciente e de determinar seus próprios padrões gerais de relacionamento com ele” (Donnangelo, 1975:156).

O modelo liberal parece ser o único capaz de assegurar a máxima realização profissional, por possibilitar ao médico ser livremente escolhido pelo paciente e determinar seus próprios padrões de relacionamento com ele, sobrepondo-se a autonomia técnica na execução do trabalho à autonomia econômica do trabalhador no mercado (Donnangelo, 1975).

As condições históricas da medicina que permitiram tal representação foram aquelas que, justamente pelo fato de o trabalho médico se assentar numa tecnologia não só material, levaram à organização e produção dos serviços sob a forma de múltiplos e pequenos produtores privados e isolados, em que cada médico era ao mesmo tempo trabalhador direto e proprietário dos equipamentos, sem contar que era também quem comercializava, captando informalmente a clientela e estipulando, numa relação direta, a remuneração de seu trabalho. Tal representação se estabelece como o ideal da profissão, o “dever ser” da profissão (Schraiber, 1993).

A autonomia plena, ideal da prática, vincula-se à forma de exercício profissional e, assim, a problematização dos médicos se dará em relação às novas modalidades de produção de serviços. Essa autonomia deixa de ser um produto das condições históricas das relações entre o médico e o paciente, e dos médicos entre si, para se constituir, na representação dos médicos, num pressuposto dessas relações, o que constituirá um projeto de ação dos médicos em busca dessa autonomia (Schraiber, 1993).

“Será por via da problematização acerca do mercado de trabalho para o médico; ou acerca da constituição de novas modalidades de produção de serviços, (...) e da participação do Estado na qualidade de regulador da produção, o modo pelo qual prioritariamente se constituirá a problemática referida à autonomia técnica, quando esta começa a ser tensionada ao se superar, com o desenvolvimento

histórico das forças produtivas do trabalho médico, sua organização social na modalidade liberal de prestações de serviços” (Schraiber, 1993:171-2).

Passa a ser condicionante da autonomia para os médicos não a “essência técnica” própria do seu trabalho, mas a autonomia em relação às condições de trabalho em seu conjunto. Assim, a autonomia plena persiste na representação de seus agentes como ideal de trabalho, refazendo-se e assumindo outras formas. (Schraiber, 1993).

Para Campos (1988,1989), a permanência histórica desse ideal de autonomia deve-se também ao modo como concretamente foram produzidos os serviços de saúde e como os vários segmentos de classe, as distintas corporações e o Estado implementaram as políticas sociais, possibilitando a manutenção de formas de trabalho médico autônomas.

O ideal de autonomia influencia os arranjos no mercado de trabalho e a própria organização política da categoria médica. Para Campos (1989), a ideologia liberal de preservação da autonomia teria o efeito de conformar as ações sociais e políticas dos médicos, conferindo-lhes coesão ideológica.

Para esse autor, os médicos conseguiram constituir-se em “intelectual orgânico” do projeto de modernização e expansão do modo capitalista de produzir e distribuir serviços de saúde no Brasil. As características da prática médica conferiram poder decisivo aos médicos na constituição do modelo assistencial. “Diferentemente da radical autonomia do liberal tradicional, mas igualmente diferente da subordinação dos assalariados à empresa ou ao Estado (...), dá aos médicos uma possibilidade de também atuarem com maior autonomia no campo da política. Isto, aliado à sua função histórica de intelectuais - articuladores de noções, ideologias, normas relativas ao corpo, à vida das cidades, fábricas etc -, constituem bases concretas sobre as quais estes atores políticos vêm atuando para além de seus interesses imediatos” (Campos, 1989:162).

A relação que a profissão médica mantém com o Estado é fundamental para assegurar sua participação hegemônica na produção de serviços de saúde. O corporativismo, como um sistema de representação de interesses, explica em parte sua capacidade de influir nas decisões sobre os rumos da produção de bens e

serviços, assim como seu consumo. Os médicos se articulam em uma extensa rede de organizações, a qual, embora se destaquem os conselhos e sindicatos, se amplia para várias instituições. A capacidade para sistematizar e organizar um saber e uma prática confere identidade e poder à corporação.

Para Campos (1988, 1989), os modos de produção de serviços no Brasil foram norteados pela lógica de mercado e adaptados à prática médica liberal. Há uma hegemonia na forma de produção de serviços de saúde, que ele denomina de neoliberal, compondo uma estrutura que utiliza várias modalidades assistenciais, mas mantém a reprodução de uma forma mercantilista de prática, que necessita da intervenção complementar do Estado para sua viabilidade. A consolidação dessa prática cria condições subjetivas para a reprodução, dentro dos serviços públicos, de lógicas privadas de atenção.

O autor considera que os médicos, enquanto sujeitos sociais, foram capazes de articular seus interesses corporativos, marcando presença na determinação desse modo de produção de serviços de saúde, “inclusive desenvolvendo ações de luta ideológica cultural, fundamentais para a consolidação de um dado modelo assistencial específico e de nenhum outro em particular” (Campos, 1991:101).

Campos (1991) afirma que os médicos, mesmo que aparentemente de forma atomizada, atuam coletivamente, resistindo a mudanças administrativas e no modelo de atenção que não interessam imediatamente à corporação, mantendo determinados padrões e normas de funcionamento das unidades de saúde. A corporação médica delinea, assim, o acesso e a conformação dos modelos assistenciais, estabelecendo regras e lógicas particulares de atendimento, que se explicitam muitas vezes como uma privatização do público.

Vianna (1989), ao analisar o INAMPS, demonstra que a ação dos médicos é central para o perfil de oferta desses serviços. A oferta de atendimentos especializados e recursos tecnológicos é feita de acordo com os interesses privados de cada profissional, revelando o controle corporativo da prática médica. O espaço público se torna um espaço privilegiado de desenvolvimento de interesses mais relacionados à lógica privada, permanecendo alheio às questões do atendimento público.

Monnerat (1996), estudando o processo de implantação da política de saúde no município de Niterói, destaca a influência dos médicos na conformação do modelo assistencial, constatando sua insubmissão às normatizações gerenciais. Os médicos, diferentemente dos demais trabalhadores, não se enquadram nas regras e normas institucionais, como por exemplo, o cumprimento do horário de trabalho. O poder decorrente do monopólio do saber e de sua importância nuclear na execução de ações de saúde faz com que sejam negociados privilégios e interesses.

Os médicos reconhecem sua autonomia no interior dos serviços públicos e a justificam pela necessidade ética de liberdade na realização de sua prática. Recorrem à autonomia técnica para justificar uma autonomia hierárquica institucional, que serve, via de regra, para fugir de um controle social sobre seu trabalho. A autora chama a atenção, para o fato de que, por outro lado, em geral, não recorrem a essa mesma autonomia técnica para melhorar a qualidade dos serviços prestados (Monnerat, 1996).

Mattos (1996), estudando a experiência da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, durante a gestão do Partido dos Trabalhadores (1989-1992), relata que os médicos foram os que mais se opuseram à reorganização do processo de trabalho, em particular ao cumprimento da jornada contratual de trabalho, não ocorrendo mudanças significativas na forma de realização desse trabalho, após quatro anos de administração.

Nos serviços privados contratados, a autonomia clínica, associada ao estímulo de remuneração por procedimento, resultou num atendimento de baixa qualidade e pequena resolubilidade. O financiamento dos serviços de saúde pelo Estado, sem controle do atendimento oferecido, sem definir a demanda a ser atendida e sem parâmetros qualitativos do serviço prestado, levou à oferta de um atendimento médico centralizado nos procedimentos, no próprio ato em si (Campos, 1991).

Ao privilegiar a quantidade em detrimento da qualidade, levou a uma produção de atos desnecessários, acarretando muitas vezes sofrimento aos pacientes. Ao valorizar os procedimentos, contribuiu para que os profissionais se responsabilizassem apenas pela parte paga do atendimento, facilitando uma alienação em relação ao paciente e à finalidade do trabalho (Campos, 1989, 1991).

Para Campos (1992), os médicos tendem a encarar o trabalho no serviço público como alienado de seu objetivo de contribuir para produção de saúde, realizando assim uma prática burocratizada. O funcionamento das unidades de saúde não se constitui, para a maioria deles, num problema, havendo um descaso e descompromisso com o processo de restabelecimento do paciente, com os determinantes do processo saúde-doença e uma desumanização progressiva da prática médica. Os atos médicos se encerram em si mesmos e cada membro do serviço ocupa-se de sua tarefa, e não da do outro.

Mendes-Gonçalves (1986), estudando as características tecnológicas do processo de trabalho nas unidades da rede básica estadual em São Paulo, afirma que o modelo tecnológico de atendimento médico individual existente é aquele em que a queixa substitui a história e o exame físico e conduz a uma terapêutica clínica. Nessa prática, que o autor denomina de queixa-conduta, a “doença”, enquanto característica individual de ser anormal, é substituída pela queixa e a anamnese tem a função de selecionar um medicamento para essa queixa, caracterizando uma forma reduzida de medicalização.

A exploração de características psicológicas, psicossociais, culturais, sociais, familiares, enfim, de tudo que pudesse permitir uma reconstrução, parcial que fosse, das condições de vida do cliente, seja para fins diagnósticos estritos, seja para contextualizar a terapêutica, é absolutamente ausente do modo de trabalhar do consultante (Mendes-Gonçalves, 1986).

“A assistência médica individual, cujo objeto seria o corpo anatomopatológico e cujo instrumental seria organizado pela Clínica enquanto saber, parece inadequada para caracterizar a finalidade do trabalho desenvolvido nuclearmente pelos Centros de Saúde (...), deve-se propor caracterizá-lo como dirigido à finalidade de prestar assistência médica a problemas individuais (isolados), de indivíduos que, sequer estes, são apreendidos enquanto unidades” (Mendes-Gonçalves, 1986:383).

O autor salienta que os médicos não se envolvem com as demais atividades existentes na unidade e com o trabalho dos outros profissionais, limitando-se ao atendimento dos “doentes”, por nada mais se interessando. Tal desinteresse ocorre

também em relação a seu próprio trabalho, realizado mecânica e rapidamente, sem compromisso com o resultado (Mendes-Gonçalves, 1986).

Sucupira (1981) em seu estudo sobre as relações médico-paciente nas instituições públicas, observa que o envolvimento do médico com a cliente se dá conforme a inserção institucional de cada um (convênio, INAMPS, centro de saúde), que, por sua vez, depende de sua inserção na estrutura social. Assim, para cada instituição varia não só o tempo de consulta, mas também a própria realização da consulta em seus atos, como a anamnese, o exame físico, a relação médico-paciente estabelecida e as orientações oferecidas, configurando-se padrões de prática diferentes no centro de saúde, no INAMPS ou no convênio, sendo que o padrão mais próximo do definido como ideal ocorre nos serviços que atendem clientes de maior renda social.

“Configura-se assim um padrão de comportamento do médico em relação ao paciente que vai mudando gradativamente à medida que ele vai reconhecendo direitos na clientela. Esse reconhecimento aumenta à medida que vai do centro de saúde para os convênios (...). O significado das atitudes assumidas pelo médico na consulta pode ser apreendido tanto pelo lado do poder do médico como pela imagem de ausência dos direitos da clientela” (Sucupira, 1981:276).

A prática médica, apesar de aparentar certa “neutralidade”, processa-se como integrante de projetos sociais mais amplos. Embora o interesse humanitário, principalmente o interesse do paciente, tenha destaque no discurso ideológico da medicina, nem sempre é este o valor mais relevante que orienta a prática (Coelho, 1995). A concepção ideológica sobre o serviço público, os compromissos institucionais dos médicos, bem como a concepção sobre “direitos” da clientela à atenção, configuram diferentes práticas nos serviços.

A não-adesão de expressiva parcela dos médicos às propostas que norteiam o projeto de reforma setorial da saúde, que vêem a assistência pública de boa qualidade como um direito do cidadão, constitui importante empecilho às mudanças nas práticas vigentes.

Concretamente, os médicos têm capacidade de decisão técnico-política diante da organização dos serviços de saúde, conformando um dado poder na

definição do modelo assistencial. No entanto, a prática médica hegemônica nos serviços públicos decorre também de haver um predomínio das regras de mercado e dos padrões liberais na organização desses serviços. A ausência de propostas consistentes de organização dos serviços contribui para a configuração de determinado tipo de autonomia médica e de intermediação de interesses desses profissionais, afastados do interesse público.

Para Campos (1992), nos serviços públicos não se desenvolveu uma cultura voltada para a organização dos processos de trabalho e para a gerência que considerasse a especificidade da produção desses serviços segundo o interesse público. Há um pequeno desenvolvimento de práticas gerenciais que organizem, planejem e controlem o atendimento oferecido, residindo também nesta forma de gestão, que apenas tenta assegurar os meios de operação do serviço, grande parte do poder do corpo clínico de médicos, que influenciam não só a organização dos processos de trabalho, mas a própria expansão dos serviços.

O que se observa com freqüência, nos serviços, é que a reconhecida tensão existente entre a gerência e a autonomia e poder corporativo dos médicos leva a primeira a se restringir à organização exclusiva das atividades meio, que diz respeito a operação administrativa da máquina institucional e da estrutura organizacional que dá sustentação ao trabalho, e abdicar, na prática, da coordenação gerencial do processo de organização do trabalho (Castanheira, 1996 b).

Mendes-Gonçalves (1986), em seu estudo já referido, afirma que os gerentes das unidades estaduais aderem à ideologia da autonomia profissional, na qual a qualidade da consulta médica está na consciência, responsabilidade e experiência clínica de cada profissional, sendo o médico considerado apto por princípio, não realizando os gerentes nenhuma supervisão da qualidade técnica desse trabalho.

O controle do trabalho médico, diferentemente dos demais funcionários, passa por negociar o horário de chegada e o número de consultas a ser realizado, não se cobrando o cumprimento da carga horária, nem ocorrendo nenhuma supervisão da qualidade técnica do trabalho (Mendes-Gonçalves, 1986).

“A forma de intervenção estatal se caracterizou sempre por deixar margem substancial de autonomia para o exercício da profissão, por admitir que as questões

técnicas referentes a eles, por serem científicas, deveriam ser controladas no exclusivo âmbito interno à profissão” (Friedson apud Mendes-Gonçalves, 1986:80).

Em síntese, podemos dizer que a ação corporativa dos médicos, ancorada num processo de trabalho que implica necessariamente determinado nível de autonomia técnica, aliada à relativa liberdade na organização dos serviços, constitui os médicos num dos principais atores que intervêm no perfil do modelo assistencial.

O projeto de reforma sanitária, que tem como diretrizes garantir a universalização e a equidade da atenção à saúde, oferecendo um atendimento de boa qualidade e alta resolubilidade, busca a reorganização dos serviços de saúde, de maneira a atender ao interesse público, e não aos interesses privados e de mercado.

Para esse projeto é de fundamental importância o desenvolvimento de práticas gerenciais que traduzam essas diretrizes em formas concretas de ações de saúde, que organizem e controlem os processos técnicos do trabalho de maneira a atender às necessidades socialmente postas ao serviço.

Em relação aos médicos, isso implica enfrentar seus interesses corporativos trabalhando com a necessária autonomia técnica, constitutiva de sua prática, sem confundi-la, como refere Castanheira (1996b), com autonomia plena, hierárquica, política e institucional.

Para tal, é importante uma clara proposta técnica de inserção institucional desses profissionais. A discussão a seguir pretende aprofundar questões relacionadas à especificidade do trabalho médico em unidades básicas de saúde, explicitando a prática médica que se assume como necessária nesses serviços.

## **2.2. A PRÁTICA MÉDICA NA ATENÇÃO BÁSICA: A NECESSIDADE DE UMA CLÍNICA AMPLIADA**

O atendimento primário tem sido associado a um serviço simples, com poucos equipamentos, para patologias de baixa complexidade científica, e a uma “medicina simplificada” e de “baixa qualidade”, por historicamente estar

relacionado à extensão da assistência de forma barata a populações carentes e excluídas dos serviços previdenciários (Nemes Filho, 1996).

Na história da organização dos serviços públicos de saúde, as unidades básicas de saúde têm sua origem ligada aos chamados Centros de Saúde, implantados a partir da década de 20. O movimento médico-sanitário na época preconizava a instauração de serviços públicos de saúde de caráter permanente, tendo como eixo principal de seu trabalho a educação sanitária. Este modelo distinguia o campo da saúde pública, cujo objetivo era promover saúde e prevenir doenças, do campo da assistência médica, voltado para a cura das doenças (Merhy, 1992).

Desde a sua origem até a década de 70, houve uma progressiva expansão dessa rede, permanecendo, contudo, centrada nas atividades de promoção e de proteção à saúde e separada da assistência médica previdenciária. A assistência existente nesses serviços dirigia-se basicamente para parte de alguns grupos populacionais (crianças e gestantes), ou para portadores de algumas doenças infecciosas (tuberculose, hanseníase), sendo realizada apenas dentro das atividades programáticas, não atendendo eventuais intercorrências clínicas desses grupos de pacientes (Nemes Filho, 1996). A assistência era incorporada nesses serviços como instrumento de um programa de saúde pública (Merhy, 1997a).

A assistência previdenciária experimentou uma expansão a partir do golpe de 64, quando foram centralizados os antigos IAPS num único Instituto, o INPS, que ampliou o acesso à assistência através da compra de serviços do setor privado. Consolidou-se a hegemonia da medicina previdenciária, tanto em termos orçamentários quanto na produção de serviços. Os centros de saúde pública ficaram restritos a um papel subordinado e complementar à assistência médica, para os que não possuíam direitos previdenciários. Constituíram-se, assim, duas redes de atendimento médico-sanitário.

No início dos anos 80, começou a ganhar força política o movimento pela reforma sanitária, introduzindo os princípios da universalização, da atenção gratuita e sob controle do Estado. Um dos temas centrais do projeto de reforma sanitária é a

integração dos diversos serviços públicos, envolvidos na assistência à saúde, que obedeciam a racionalidades diferentes (Nemes, 1995).

Nessa proposta, os serviços deveriam ser integrados, regionalizados e organizados hierarquicamente por níveis de complexidade crescente. A rede primária seria responsável pelo atendimento básico de saúde e serviria de porta de entrada para o sistema, devendo oferecer uma atenção integral e altamente resolutiva para os principais problemas de saúde, referenciando os casos mais complexos para os níveis secundário e terciário.

A rede de unidades básicas assumiria um papel estratégico. Além de porta de entrada para o sistema de saúde, a unidade básica seria o local essencial para realizar a integralidade das ações individuais e coletivas de saúde e, ao mesmo tempo, a linha de contato entre as práticas de saúde e o conjunto de práticas sociais que determinam a qualidade de vida (Merhy, 1997a).

A definição de complexidade de atenção para a organização do sistema de saúde liga-se a complexidades patológicas estabelecidas a partir do horizonte clínico, sendo o nível básico o de menor complexidade do sistema. No entanto, essa definição de menor complexidade não se aplica ao processo de trabalho de uma unidade básica, onde mesmo demandas tipicamente clínicas, que exigem uma intervenção simples em termos de tecnologia material, de recursos técnicos e laboratoriais, freqüentemente requerem uma complexa intervenção em termos de saber diagnosticar e tratar, caracterizando o trabalho nesses serviços como tecnologicamente complexo, entendendo tecnologia como Merhy:

“Em saúde, a tecnologia está nos diferentes saberes que procuram ler o nosso mundo humano do ponto de vista da saúde e da doença, do normal e do patológico, da vida e da morte, procurando construir procedimentos eficazes de intervenção nestes processos” (Merhy, 1994:124).

Implementar um atendimento integral que responda às necessidades expressas de adoecimento, contemplando seus 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 (Schraiber & Mendes-Gonçalves, 1996).

Em relação ao trabalho médico, a implementação das diretrizes do projeto de reforma sanitária pressupõe mudanças em seu papel na unidade de saúde. Essas mudanças dizem respeito tanto a sua dimensão interna quanto a sua articulação com os outros trabalhos e atividades em saúde.

No projeto de reforma sanitária há diferentes propostas de organização da atenção nas unidades básicas. Essas diferenças se relacionam, entre outras coisas, à definição do que seriam as necessidades de saúde que prioritariamente essas unidades deveriam atender e, logo, de como o serviço deveria ser organizado para isso. Decorrente dessas questões, há diferentes concepções sobre o papel da consulta médica individual e diferentes arranjos institucionais das atividades de assistência e de saúde pública.

É possível falar em dois grandes conjuntos de necessidades nascidas com o modo moderno de viver e produzir: a necessidade de controlar a doença em escala social relativamente ampla e efetiva e a necessidade de recuperar a força de trabalho na mesma escala (Rosen, 1994 apud Nemes, 1995). Desenvolveram-se tecnologias e saberes para atuar nessas necessidades, podendo-se destacar dois grandes pólos: o saber epidemiológico, que recorta seu objeto de trabalho pela idéia da doença no coletivo, e o saber clínico, que recorta seu objeto pela idéia da doença no corpo anátomo-fisiológico individual e está relacionado à particularidade individual do adoecimento (Mendes-Gonçalves, 1986; Nemes, 1995).

A luta dos movimentos sociais pela saúde como um direito de cidadania tem-se traduzido, muitas vezes, por uma luta pela extensão do acesso aos cuidados médicos. Essa demanda é freqüentemente analisada como distorcida, permeada por uma visão médica do processo saúde-doença, imposta artificialmente, expressando interesses dos produtores de bens e serviços.

Os serviços, não raro, desenvolvem mecanismos para dificultar o acesso espontâneo ao atendimento médico individual, considerando que a demanda por esse tipo de atendimento não corresponderia a uma real necessidade de saúde, mas seria, sim, forjada pelo modo como se estruturaram na sociedade os serviços de

saúde, que privilegiaram a extensão do atendimento individual e curativo, para diminuir as tensões sociais e remediar o agravamento das condições de vida e saúde da população, de maneira funcional aos interesses capitalistas.

Como consequência dessa linha de argumentação, a assistência médica individual não seria priorizada, ficando deslocada a um plano secundário. “Fica subentendido que o atendimento médico individual e curativo não se constituem, a rigor, em uma demanda ou necessidade legítima da população. Ora, isso implica, em termos analíticos, que o conjunto de atores e de interesses envolvidos na questão da prática médica encontre dificuldades em participar e construir identidade no projeto da reforma” (Bodstein, 1993:6).

Contudo, as práticas médicas não respondem apenas a necessidades de reprodução da força de trabalho, a mecanismos políticos e ideológicos de dominação, ou a necessidades de realização de mais-valia da indústria médico-hospitalar. Respondem, também, a necessidades vitais do homem, a necessidades legítimas de preservação da vida (Campos, 1991; Bodstein, 1993).

Mesmo que se questione a eficácia do atendimento médico na alteração ou na melhora do estado de saúde, os avanços tecnológicos e os conhecimentos da medicina ampliaram realmente as possibilidades de controle sobre os danos à saúde, propiciando a diminuição do sofrimento e da dor. “O ato médico constitui-se numa necessidade crescente para os indivíduos doentes, ou para aqueles que eventualmente adoecerão” (Bodstein, 1993:20).

A multiplicação dos artefatos tecnológicos na área médica produz impactos contínuos no cotidiano das pessoas e da sociedade, indo ao encontro de um projeto vital. A eficácia das técnicas que prolongam a vida e melhoram a sua qualidade é que confere legitimidade à busca deste atendimento e estimula seu consumo. “A demanda e reivindicação populares por cuidado médico e serviço de saúde, longe de serem uma simples concepção medicalizada da saúde, podem representar exatamente uma percepção possível da desigualdade na distribuição e no acesso aos serviços e equipamentos médico-sanitários” (Bodstein, 1993:37).

As necessidades essenciais à reprodução da vida são social e historicamente definidas e em cada época alteram-se em conjunto com a disposição de bens e

serviços existentes para a manutenção da vida. Hoje o acesso ao atendimento médico é um item necessário à reprodução e manutenção da vida e, portanto, parte da demanda espontânea por atenção médica é também expressão de uma demanda legítima da população (Campos, 1989).

Para Merhy (1994), a demanda por atenção médica individual deve ser entendida como um fenômeno coletivo e o seu não atendimento é uma maneira de não incorporar o modo como o coletivo constrói a relação entre o usuário e o serviço de saúde.

Afirma Campos: “A assistência individual pode, freqüentemente, ser um fim em si mesmo, concretamente recuperando a saúde, controlando doenças e aliviando o sofrimento de milhões de pessoas, em uma ação socialmente significativa, o que pode ser percebido pela legitimidade que os serviços organizados apenas para oferecer pronto atendimento têm perante a população, pois conseguem um alívio imediato no sofrimento individual, passível de uma identificação imediata” (Campos, 1989:65).

No entanto, se as demandas individuais por atenção médica traduzem, por um lado, aspirações a uma vida saudável e ao alívio da dor, por outro refletem também “uma ideologia dominante e, portanto, incluirão sempre desejos que não teriam legitimidade técnica, e que poderiam ser considerados nocivos à saúde individual e prejudiciais ao interesse coletivo, por induzirem ao desperdício de recursos” (Campos, 1989:73).

Considerando que a demanda espontânea por atenção médica individual tem aspectos de legitimidade, cabe aos serviços acolhê-la e integrá-la a um conjunto de outras ações individuais e coletivas, no sentido de transformar essa demanda socialmente criada e produzir modificações nas dimensões coletivas do processo saúde-doença.<sup>3</sup>

Como afirma Campos: “O desafio dos serviços não é de negar legitimidade a esta demanda, aparentemente espontânea, mas, sim conseguir, por via do seu

---

<sup>3</sup> Várias experiências de organização de serviços que implicam o acolhimento da demanda espontânea das unidades básicas de saúde têm sido desenvolvidas sob orientação do Laboratório de Planejamento do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp- LAPA. Para um maior aprofundamento, ver FRANCO, T.B. BUENO, V. Merhy E.E. “Acolhimento e os processos de trabalho em saúde: O caso de Betim (MG)” DMPS/FCM/UNICAMP. Campinas, 1997 [mimeo].

reconhecimento, elevar os padrões de consciência sanitária, garantindo a insubstituível expressão individual das aspirações e desejos das pessoas, sem deixar de trabalhar criticamente as noções e comportamentos considerados equivocados do ponto de vista da clínica e da epidemiologia e, ao mesmo tempo, agregando ações sanitárias consideradas necessárias do ponto de vista desses saberes” (Campos, 1989:73-74).

O conceito desenvolvido por Campos (1997a, 1997c), segundo o qual as funções das unidades básicas englobariam ações de saúde pública, de assistência e também de acolhimento às demandas da população, é bastante instrumental. Trabalhar adequadamente essas diferentes funções se constitui na enorme tarefa dos serviços básicos de saúde.

Intervir no processo saúde-doença com a implementação de ações coletivas é um dos objetivos das unidades básicas, além de também o ser oferecer assistência individual às pessoas que adoecem e necessitam de uma intervenção particular, singular, na recuperação de sua saúde, diminuindo o sofrimento decorrente do adoecimento. Para o planejamento e organização dos serviços é importante aprofundar as questões relacionadas às necessidades individuais de assistência.<sup>4</sup>

A assistência nas unidades básicas possui uma especificidade: além de responder às necessidades singulares do adoecimento, deve atuar em questões de promoção e prevenção, importantes não apenas para o indivíduo, como para o coletivo. Essa especificidade exige que se incorporem ao atendimento individual práticas que visem atuar no coletivo, e também se articule e integre esse atendimento com as demais atividades desenvolvidas na unidade, potencializando-se mutuamente para intervir no processo saúde-doença.

São conhecidas várias propostas de planejamento e organização dos serviços entre elas, o SILOS (Mendes et al., 1993); a Programação em Saúde (Nemes, 1995), que elegem o saber epidemiológico como principal eixo estruturador da atenção básica.

---

<sup>4</sup> A assistência não se restringe apenas ao atendimento realizado pelo médico, no entanto, no texto, estaremos limitando nossa análise ao atendimento médico.

Para estas perspectivas, o saber epidemiológico, por tomar a saúde e a doença em sua dimensão coletiva, é que seria capaz de captar as necessidades de saúde e instrumentalizar uma ação no coletivo, impondo, inclusive, à prática clínica decisões que não necessariamente se orientariam para a solução do caso individual, deslocando o momento mais intelectual do trabalho do binômio diagnóstico/prescrição em nível de cada indivíduo para a esfera de diagnóstico e prescrição sobre o coletivo (Mendes-Gonçalves, 1986).

Nemes, ao analisar a Programação em Saúde, afirma que ela surge como uma proposta de organização da assistência, na qual o atendimento individual é considerado um instrumento de trabalho, que articulado a outros, teria como objetivo obter impacto no coletivo. “A sua organização pretende subordinar a assistência médica a uma espécie de ‘gerência epidemiológica’,(...), de modo que seja um dos meios de trabalho definido a partir de objetivos epidemiológicos” (Nemes, 1995:22).

As propostas de organizar o atendimento das unidades em atividades programáticas têm como desdobramento que o atendimento médico individual seria uma atividade-meio, normatizada por relação a essas ações mais coletivas. A demanda espontânea seria subordinada à demanda normatizada por um conjunto de medidas que teriam como objetivo incrementar a saúde da população como um todo, e não apenas cuidar do sofrimento de quem estivesse doente.

Como bem expressa Schraiber (1990), a ação “até poderá voltar-se para necessidades individuais, porém mais do que isso, deseja intervir sobre necessidades individualmente insuspeitas para muitos, mas exigidas pelo coletivo-social, (...) o que poderá se traduzir não só em oposição a certas demandas individuais presentes em alguns segmentos populacionais, mas até em claras opções de assistir uns e desassistir outros”.

Para Mendes-Gonçalves (1986), tanto a prática clínica mais convencional quanto uma prática reformada na direção da medicina integral podem ser utilizadas como instrumentos de uma concepção epidemiológica do trabalho em saúde pública. “A abordagem clínica inspirada na medicina integral ou numa prática clínica mais convencional é indiferente do ponto de vista de um saber estruturado sobre a

epidemiologia para o coletivo, apesar de ao nível do indivíduo isso ter um efeito diferencial” (Mendes-Gonçalves, 1986).

A priorização epidemiológica apóia-se na organização a *priori* de diversas demandas a serem atendidas pelo serviço, levando à padronização de fluxogramas assistenciais, hierarquização de procedimentos técnicos e determinação de conteúdos mínimos a serem percorridos no atendimento individual. Ocorre que essa priorização baseia-se em juízos necessariamente “apriorísticos”, anteriores às diversas situações concretas de intervenção. Conforme afirma Nemes, “é claro o tecnocratismo potencial presente nessa situação”. Esses programas resultaram, com frequência, na manutenção de procedimentos e normas de forma burocrática, servindo muito mais como entrave à demanda espontânea da população por assistência médica (Nemes, 1995).

Consideramos o instrumental epidemiológico importante, mas não o único, nem suficiente, para orientar a priorização e a definição de ações na prevenção e promoção da saúde. A epidemiologia apreende a doença no coletivo e portanto indica problemas epidemiologicamente relevantes, mas é necessário a integração com outros saberes oriundos das ciências sociais, da antropologia, da psicologia e também da clínica para a construção de uma tecnologia que instrumentalize as ações coletivas e individuais.

Como aponta Castiel (1994), o instrumental epidemiológico é insuficiente para lidar com os problemas de saúde que ocorrem nas pessoas por sua própria identidade conceitual/epistemológica, que não inclui a singularidade da natureza humana, do adoecer. O autor ressalta os limites dessa abordagem para diagnosticar e intervir no processo saúde-doença que apresenta aspectos psíquicos e de subjetividade individual.

“Em virtude de trabalhar com a dimensão do coletivo, o humano na epidemiologia sofre os efeitos do processo de agregação de pessoas e, com isso, perde-se a particularidade, a singularidade própria do nível de organização individual (...) não há outra possibilidade senão produzir uma trivialização do individual” (Castiel, 1994:182).

Além da complexidade na definição de grupos homogêneos de risco, a epidemiologia, por também se basear num referencial positivista, leva a uma naturalização do processo de adoecimento, simplificando, e mesmo ocultando, parte das determinações sociais desse processo, não se constituindo no saber capaz de dar conta da interface entre o biológico e o social. Para abordar a singularidade dos modos do adoecer humano, é necessário levar em conta a complexidade dos sistemas biológicos, psicológicos e sociais (Castiel, 1994).

O referencial da epidemiologia e a definição de grupos de risco não são a tecnologia adequada para o atendimento individual. Pertencer a determinado grupo de risco não significa, individualmente, ter os mesmos riscos de adoecimento. Na singularidade do adoecer o saber clínico adquire importância, além da maneira como é realizada essa prática individual.

As determinações sociais se expressam na forma singular de adoecimento dos indivíduos, ou na tradução singular de seu sofrimento como doença, levando-os a buscar atendimento médico. Segundo Canguilhem (1966), a doença é percebida a partir de normas socialmente construídas, e não de valores anormais, válidos para qualquer época e que estariam inscritos na natureza, esperando apenas um desvendamento científico.

Como afirma Ribeiro (1995:1), “quando uma determinada pessoa busca um médico, este simples ato carrega um conjunto de determinações sociais e morais facilmente evidenciado. O modo como um indivíduo é caracterizado como doente depende de sua percepção individual, de sua inserção social e de condições orgânicas e psíquicas individuais. Uma vez definida sua condição, o acesso a um serviço de saúde carrega, também, evidentes determinações sociais”.

A subjetividade e a singularidade do adoecer se expressam, de uma maneira geral, na consulta individual, que, num duplo caminho, deveria transpor o coletivo no individual e o individual no coletivo, residindo nisso o desafio do atendimento individual de qualidade nos serviços de atenção coletiva (Schraiber, 1993). Na relação individualizada da consulta ocorre uma interação pessoal entre os usuários e os profissionais, de qualidade diferente da que ocorre num trabalho coletivo. Essa

interação de tipo clínico é um momento privilegiado de atuação do profissional, tanto no diagnóstico quanto na intervenção sobre o processo de adoecimento.

Essa interação clínica não se restringe ao médico, porém o estabelecimento do monopólio do saber e da prática sobre o sofrimento humano pelo médico desqualifica outras práticas curadoras e faz dele, no imaginário popular, a figura central nos serviços de saúde. O saber médico, identificado com uma prática científica, desqualificando os demais saberes curadores como não científicos, é que dá a ele o poder de legislar e julgar sobre a saúde e a doença: “Decidir se alguém está doente ou com boa saúde, normal ou anormal (...) o único juiz definitivamente reconhecido é o médico, sendo que qualquer outra pessoa é *a priori* suspeita de incompetência e mais ainda de parcialidade” (Clavreul, 1983:136).

Ao médico, quando procurado pelo paciente, cabe a tarefa de identificar sua necessidade e retraduzi-la em alguma intervenção, que tanto pode reiterar esse sofrimento como doença ou recolocá-lo, quando for o caso, como um sofrimento decorrente de “dificuldades no modo de andar a vida”. Realizar o diagnóstico da demanda do paciente é fundamental para atuar sobre ela.

A forma de abordagem da clínica, a nosso ver, é importante não apenas quanto ao indivíduo mas também ao coletivo. Uma clínica voltada apenas para medicalizar uma queixa, ou uma prática clínica tradicional que não se importa com um diagnóstico e uma atuação mais ampla, muitas vezes reitera a necessidade por mais atendimento, aumentando a medicalização e a dependência aos serviços de saúde, o que se traduz em ação socialmente significativa.

Certamente, a ação no coletivo não pode depender apenas da demanda espontânea por atendimento individual e das respostas individuais a essa demanda, mas a forma como o atendimento individual é realizado também se constitui em uma intervenção socialmente importante no coletivo, e esse aspecto é que queremos ressaltar, e implica a tarefa, para os gestores dos serviços, de discutir esse atendimento.

Na demanda por atendimento médico, estima-se que cerca 90% dos casos podem ser resolvidos na atenção primária, sendo que menos de 10% necessitariam de recursos tecnológicos de outros níveis de atenção. Chama atenção, no entanto,

que cerca de 80% das consultas em unidades básicas de saúde resultam numa prescrição medicamentosa (Feix, 1990; Béria, 1990).

Grande parte da demanda por atendimento médico, nessas unidades, traz problemas pouco estruturados do ponto de vista de um quadro nosológico. Contudo, esses problemas são complexos no que se refere ao processo de trabalho necessário para o diagnóstico e para uma intervenção que não seja medicalizante mas resolutiva, que busque aumentar a autonomia desses pacientes para lidar com a sua saúde.

O desenvolvimento tecnológico e a capacidade de normatizar um número cada vez maior de aspectos da vida do homem levam, como afirma Portillo (1993), a medicina a ser um valor que permeia todos os interstícios da cotidianidade da vida moderna. Um número cada vez maior de tensões sociais e psicológicas levam à procura de atendimento médico, as quais, por sua vez, não são abordadas e identificadas como tais, sendo medicadas com psicofármacos, aumentando o número de dependentes desses medicamentos por indução dos próprios médicos (Menendez, 1982).

Estima-se que cerca de 30 a 50% da demanda do clínico geral no atendimento primário tem sintomas puramente psíquicos ou psicógenos (Tähkä, 1988). Esse percentual aumenta se levarmos em conta sua implicação em várias doenças, alcançando, segundo alguns estudos, participações de 60 a 70% (Tähkä, 1988). As enfermidades se acumulam em situações de vida em que ocorrem exigências excessivas ao indivíduo ou quando suas necessidades pessoais não são satisfeitas.

Castiel afirma que “nesse quadro, certamente, pode-se pensar em verdadeiras epidemias psicossomáticas, cujos primeiros sinais de ocorrência poderiam estar indicados na crescente demanda de pacientes aos serviços de saúde, sem obter resolução para suas aflições” (Castiel, 1994:86).

Além da participação dos fatores sociais e emocionais no processo de adoecimento, existem as próprias repercussões sobre o estado emocional do paciente pelo fato de estar doente. “O surgimento da doença orgânica fica acrescido de profundos significados simbólicos de ordem psíquica (...), além do sofrimento físico, o paciente pode ser invadido por sentimentos de desamparo, medo, confusão,

culpa, vergonha e humilhação por ter ‘fraquejado’ e adoecido. Por outro lado é comum que a patologia somática tenha como desencadeante certas perdas importantes como pessoas, coisas, afetos e valores aos quais o paciente reage com sentimento de abandono e desesperança” (Zimerman, 1992:64).

Quando procura o atendimento médico, o paciente deseja uma intervenção em um estado que identifica como doença, cabendo ao médico alterar esse estado de sofrimento. O médico, durante a consulta, busca no corpo doente alterações de ordem anatômica ou fisiológica que permitam uma reparação. O diagnóstico se dá, então, como processo independente do social e apoiado no biológico. O sofrimento transmuta-se em corpo doente e, a seguir, em corpo patológico do saber médico, que, com base na normatividade biológica, projeta a terapêutica que deverá ser traduzida numa ressocialização, assumindo o corpo patológico novamente significação social. “Há uma dualidade entre doença e doente (...). É o doente que busca o cuidado; mas é a doença que o médico diagnostica” (Schraiber, 1992).

Na abordagem da dimensão singular do adoecer no ser humano, é necessário ir além dos aspectos biológicos, incorporando outros referentes ao emocional e ao social, realizando, numa tentativa de estabelecer nexos entre as dimensões individual e social, uma avaliação do “doente”, e não da “doença”.

Para compreender o que é apresentado pelo paciente e realizar um atendimento que aumente sua autonomia e não medicalize os problemas decorrentes das “dificuldades do modo de andar a vida”, é necessário que o enfoque do atendimento individual tenha como referencial o “homem”, o sujeito portador de necessidades, e não apenas a “doença” ou o indivíduo biológico.

Como saber, a clínica demonstrou ter eficácia técnica e social, conseguindo transformar a realidade sobre a qual intervém de modo positivo para a preservação da vida. O referencial da clínica é capaz de diagnosticar parte das necessidades de saúde, apesar de seus limites para relacionar processos fisiopatológicos a processos psicológicos e sociais.

A clínica desenvolveu mecanismos de trabalhar o sofrimento humano, sendo um saber fundamental para, em composição com outros saberes, diagnosticar e atuar nas necessidades de saúde. A prática clínica que assumimos como imprescindível

nas unidades básicas de saúde é uma prática ampliada, incorporadora de outros saberes.

A multiplicidade de ações na atenção primária, para buscar o alívio do sofrimento do paciente e atuar também na promoção e prevenção, exige a articulação de saberes diversos e uma atuação complementar e cooperativa de uma equipe multiprofissional na formação de um trabalho coletivo.

O trabalho médico em unidades básicas, reveste-se portanto de uma problemática singular, decorrente das próprias características da demanda e da prática necessária nesses serviços. O médico tem um papel central na avaliação dos riscos individuais do adoecer e na elaboração do projeto terapêutico para o paciente, que inclua desde aspectos preventivos até de reabilitação.

Assumimos como diretriz importante do processo terapêutico o aumento da capacidade de autonomia do paciente, do seu conhecimento do próprio corpo, da sua doença, de suas relações com o meio social e, conseqüentemente, da sua capacidade de instituir normas que lhe ampliem as possibilidades de sobrevivência e a qualidade de vida (Campos, 1994).

Para a realização dessa 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. Como afirma Campos, é fundamental na prática clínica a valorização da fala e da escuta. “Falas do profissional, do doente e da sociedade, escuta de uns pelos outros. Sem a renovação dos modos como vem se exercendo a comunicação profissional/paciente, ou serviço de saúde/comunidade, nunca diminuiremos a dependência do homem moderno à instituição médica” (Campos, 1994:51).

A prática hegemônica nas unidades de saúde, contudo, como descreveu Mendes-Gonçalves (1986), é a de um atendimento tipo queixa-conduta, que nem mesmo tem como finalidade o diagnóstico da doença, mas apenas a medicalização da queixa. Há uma simplificação dessa prática, delimitando muitas vezes, como descreve Sucupira (1981), a propedêutica e a anamnese pela categoria institucional do paciente.

Pode-se compreender que esse modo predominante de prática médica é muito pouco resolutivo, uma vez que dificulta o diagnóstico da demanda do paciente e, conseqüentemente, da intervenção em sua necessidade de atenção, acarretando aumento da medicalização e reiterando a utilização dos serviços por um mesmo problema de saúde.

Para reverter a demanda por ações médicas, que lota os prontos-socorros e unidades básicas de saúde, acreditamos ser fundamental uma mudança nessa prática clínica hegemônica.

Considerando a importância do momento de atendimento individual - como momento de expressão da singularidade do adoecimento e como momento de intervenção sobre as necessidades de saúde - acreditamos ser fundamental para a organização dos serviços aprofundar a discussão sobre a prática clínica, interrogando e avaliando como essa prática está respondendo aos problemas de saúde individualmente colocados e como está se articulando com outros trabalhos para uma intervenção no coletivo.

A concepção de que a forma do atendimento médico nas unidades de saúde não é fundamental para a atuação nos problemas coletivos, aliada às dificuldades de gerenciar o trabalho médico pela autonomia de seus agentes e pelo seu poder corporativo nas instituições públicas, acaba por restringir as ações gerenciais a questões burocrático-administrativas.

As ações gerenciais, na nossa opinião, não podem restringir-se a essas questões, delegando a organização e a avaliação dos atos médicos aos próprios profissionais. Consideramos importante que essas ações se ampliem para atuar no núcleo técnico da prática médica, na sua dimensão interna, organizando-a para responder às necessidades de saúde socialmente postas ao serviço.

Os desafios para a realização dessa tarefa gerencial são enormes e pretendemos abordá-los mais adiante. Agora, gostaríamos de continuar a delinear a nossa proposta de atuação gerencial para o trabalho médico e, para isso, se faz necessário um maior aprofundamento na dimensão interna da prática médica.

Caracterizamos a prática necessária nas unidades de saúde, numa espécie de "tipo ideal", como uma prática ampliada e voltada para o sujeito portador de

necessidades. A tendência da profissão médica, no entanto, caminha em sentido contrário.

As transformações na profissão, a evolução tecnológica e a especialização crescente têm levado à fragmentação da prática médica e a uma atuação do profissional cada vez mais voltada para a doença, para o “órgão doente”. O doente, o sujeito portador de necessidades, distancia-se cada vez mais do objeto da prática médica.

Vários autores, utilizando-se de diferentes referenciais teóricos, têm analisado essa fragmentação. Para os objetivos deste estudo achamos importante caracterizar melhor esse processo, particularmente quanto às suas repercussões na dimensão interna da prática médica e na realização de uma prática mais ampliada, voltada para o sujeito portador de necessidades.

### **2.3. A PRÁTICA MÉDICA: TENDÊNCIA À FRAGMENTAÇÃO**

A especialização, como uma forma de divisão técnica do trabalho, aparece como o resultado mais imediato da inovação técnico-científica. O desenvolvimento tecnológico, ao mesmo tempo que amplia as possibilidades de interferência sobre as condições de saúde, restringe o domínio, pelo profissional, da totalidade do conhecimento médico, fazendo multiplicar especialidades e subespecialidades (Donnangelo, 1975).

Campos (1989) mostra que o aparato tecnológico, que amplia o olhar sobre as doenças, e não sobre os doentes, na maioria das vezes é utilizado como um escudo para que o médico não se responsabilize pelo paciente. A fragmentação de ações por diversos profissionais enfraquece o momento clínico de interação pessoal, e contribui para uma alienação da responsabilidade dos profissionais pelo restabelecimento do paciente.

Para esse autor, nos serviços “fica cada vez mais difícil a atribuição de responsabilidade pela evolução do paciente e pelo seu acompanhamento (...). Com a progressiva especialização, quebrou-se a unidade do processo terapêutico, pois cada qual cuida de sua parte, sem a preocupação com a continuidade ou a busca da cura do paciente (...). Em vez da interdependência de profissionais, decorrente da especialização, é a empurroterapia que ocorre (...). Caso encaminhado é considerado caso resolvido, mesmo que não tenha acesso garantido aos demais níveis de assistência e as circunstâncias que o vitimaram possam ainda estar ameaçando outros cidadãos” (Campos, 1989:115).

Os recursos tecnológicos que aumentam a credibilidade social da ciência médica, também produzem uma progressiva dependência do médico ao seu uso, para o diagnóstico e a terapêutica. A prática médica se redefine, modificando-se. Passa a haver uma supervalorização dos exames de apoio ao diagnóstico, em detrimento dos recursos tradicionais de semiologia (Machado & Rego, 1996).

Schraiber (1992) afirma que a tecnologia transformou o processo de trabalho médico em três direções, complementares e justapostas: primeiro as relações sociais dos agentes de trabalho, que se transformam na medida em que os custos dos equipamentos modificam a possibilidade de apropriar-se deles, levando ao assalariamento; segundo, a prática clínica, que, antes sustentada num saber, passa a apoiar-se num trabalho ultra-técnico e tendencialmente impessoal; terceiro, a racionalidade clínica, que sob formas progressivamente mais objetivas, reproduz na sociedade as ideologias que explicam a saúde e a doença como fenômenos individuais e naturais, impondo a noção de que saúde é questão essencialmente de consumo de bens e serviços .

A autora assinala ainda que as modificações na prática médica não se referem apenas ao aprimoramento tecnológico, mas também, por ser uma prática social, às transformações sociais, ao modo específico de produzir bens e serviços. As modificações referem-se, simultaneamente, às alterações nas concepções do processo de saúde e doença, nas formas de apreensão e intervenção sobre as doenças, bem como nas próprias características da relação médico-paciente (Schraiber, 1992).

Schraiber (1993), estudando as mudanças na prática médica que ocorreram na passagem do modelo liberal da medicina para o modelo, por ela denominado, de medicina tecnológica, ressalta que a prática perdeu progressivamente as dimensões de personalização e sacralização, à medida que foi se estruturando sobre as bases impessoais e objetivas da tecnologia material.

O espaço para os cuidados relativos aos sentimentos pessoais diminuiu. “A incorporação da tecnologia material parece reduzir os espaços de realização da subjetividade e de tomada do social, para ampliar os das operações científicas e objetivas, em técnicas que se supõe depuradas de juízos de valor” (Schraiber, 1993:205).

A autora afirma que com a medicina tecnológica modifica-se a própria forma de apreensão da doença, redefinindo-se o processo de intervenção do médico. A anamnese muda inteiramente de significado, por passar a realizar-se em sincronia com os exames diagnósticos ou com o exame físico, podendo até mesmo ocorrer sua supressão. A mudança da posição dos exames subsidiários tem fundamento na busca de irregularidades prévias aos sintomas, num rastreamento preventivo. Essa lógica permite, porém, o exercício da prática sem a participação do doente (Schraiber, 1993).

“Essa participação se vê reduzida aos momentos iniciais de aproximação, mas já quase sem significado propriamente anamnésico: se os recursos diagnósticos objetivadores da estrutura do corpo permitiam depurar os acontecimentos da vida social do doente para a produção de fatos patológicos, agora podem produzir diretamente esses dados sem o testemunho do doente” (Schraiber, 1993:205).

As técnicas, com níveis crescentes de capacidade tecnológica, se insinuam no interior do corpo, sendo a doença cada vez mais legível em sua estrutura morfológica, numa multiplicidade de ângulos, transferindo-se a investigação dos sintomas do exterior para o interior do corpo. Abandona-se a atitude de alerta e de vigilância ante o aparecimento dos sintomas à superfície do corpo, por uma atitude de busca de sinais e vestígios internos por equipamentos médicos (Schraiber, 1993).

A captação das condições concretas de vida e das características sociais do paciente não necessita mais de seu relato vivo, mas pode ser viabilizada pela própria

inserção institucional do paciente. O doente, que “era do médico”, passa a ser da “instituição”, o que leva a uma despersonalização: da relação médico-paciente, passa-se para uma relação instituição-coletivo de pacientes. O paciente individual se dissolve num coletivo de “iguais”, e há assim uma impessoalidade na produção de cuidados, com diminuição do espaço da participação do doente na consulta e uma rotinização e mecanização da prática (Schraiber, 1992, 1993).

Para Schraiber (1993), no período histórico da emergência da clínica, a terapêutica referia-se por um conjunto de medidas, que orientavam a intervenção para o plano da totalidade individual do doente, destinadas ao viver cotidiano. Na medicina tecnológica, a terapêutica foi deslocada da doença para os diferentes sintomas e sinais, permitindo a passagem direta do plano pessoal do sofrimento para a terapêutica. Os aspectos sociais da vida do doente, a responsabilidade por todos os aspectos da assistência, inclusive pela viabilização da conduta prescrita, que anteriormente eram objeto do controle técnico do médico, desloca-se para o exterior do ato técnico.

Camargo (1993), analisa que as mudanças e a fragmentação da prática médica decorrem da busca de sua identificação com uma prática essencialmente científica. Para ele, o processo histórico projeta para a medicina, que aspira a ser científica, certo padrão de racionalidade que tem como característica a fragmentação do conhecimento e do objeto. A especialização e a fragmentação da prática são decorrentes, assim, dessa racionalidade técnico-científica.

Para Camargo (1992a), essa mesma racionalidade explicaria a alienação da medicina de seu objetivo explícito, que é eliminar a dor e o sofrimento do paciente. A estruturação do saber médico, por se pretender “científico”, busca a exatidão e a precisão e não possibilita espaço para a subjetividade. O indivíduo é apenas portador incidental da doença, que deve ser excluído, para que não atrapalhe a objetividade da “ciência” em diagnosticar a doença.

“Todo o trabalho médico está voltado para a identificação e eliminação, quando possível, das doenças e das lesões que as causam. Tudo mais é secundário, inclusive o indivíduo que, incidentalmente, traz a doença (...). A construção das doenças como categorias teve de ser feita excluindo-se os indivíduos acometidos;

esta exclusão repete-se a cada instante na elaboração do diagnóstico das pessoas que buscam auxílio médico” (Camargo, 1992a: 210).

O avanço tecnológico, que permite a visualização da lesão, tem o poder de objetivar a fala do doente e vai ao encontro da pretensão da medicina de ser uma prática científica. “A determinação da lesão, característica patognomônica da doença, é buscada com o auxílio cada vez maior dos instrumentos, saindo da superfície e se aprofundando no interior do organismo. A ‘sede da doença’ sai do homem em direção ao interior do corpo, passando dos tecidos para os órgãos, células, componentes celulares, gens” (Camargo, 1992a: 211).

Para este autor, representações implícitas impregnam a atividade médica, constituindo-se numa espécie de espinha dorsal da “ciência médica”, tais como: “As doenças são coisas, de existência concreta, fixa e imutável, de lugar para lugar e de pessoa para pessoa; as doenças se expressam por um conjunto de sinais e sintomas, que são manifestações de lesões, que devem ser buscadas por sua vez no âmago do organismo e corrigidas por algum tipo de intervenção concreta, de preferência o medicamento ou a cirurgia” (Camargo, 1993: 13).

Esta montagem teórica, segundo o autor, é fundamental na construção do modelo médico de intervenção, pois permite reduzir ao biológico todo o processo do adoecimento, excluindo componentes outros (psicológicos e sociais) que possam estar envolvidos. Admitir a determinação social ou psicológica significa relativizar as referências científicas, uma vez que são variáveis que não podem ser plenamente rotinizadas no processo de investigação (Camargo, 1993).

As questões relacionadas com o subjetivo tendem a ser objetivadas e “biologizadas”. A angústia e a depressão, por exemplo, também podem ser explicadas e visualizadas pelo desenvolvimento tecnológico como alterações nos mecanismos neurocerebrais, podendo, portanto, ser corrigidas através de uma intervenção, objetivando-se o sofrimento em algo que pode ser medicado.

Assim, o médico cada vez mais valoriza os aspectos objetiváveis, traduzidos em doença, deixando de lado o universo subjetivo do sofrer. Apesar de o discurso médico assegurar que não existe “doença”, mas “doentes”, a prática clínica ocorre de maneira oposta a esse discurso. Nos próprios passos necessários para o

diagnóstico/conduta há um processo de objetivação, uma tentativa de fazer surgir, da subjetividade do sofrimento do paciente, a objetividade da doença. Segundo Camargo, para a clínica, é importante desaparecer o subjetivo, apagar o sofrimento para que apareça a doença, e não o doente (Camargo, 1992a).

“Para o médico, o sofrimento é irrelevante, e o paciente, fonte de distorções. Sua relação se dá com a doença, e o paciente é um mero canal de acesso a ela (...). Um canal muito ruim, por sinal, já que introduz ‘ruídos’ em níveis insuportáveis (...). Assim, para o médico a única realidade concreta é a doença” (Camargo, 1992a: 209).

Clavreul (1983) mostra que o discurso da medicina não é sobre o homem, mas sobre as doenças. Seu objeto é a identificação de um número cada vez maior de doenças, para combatê-las. A ordem médica define o homem como doente do qual a doença deve ser retirada, na busca do homem normal.

“O doente se acha definido como o homem mais a doença e o que vai assinar sua entrada no discurso médico é a nomeação da doença, é o diagnóstico. O médico mostra que aquilo que seu doente sofre tem lugar no sistema de significantes que constitui o discurso médico” (Clavreul, 1983:97).

Para esse autor, nas etapas de diagnóstico, prognóstico e terapêutica do ato médico, configura-se um discurso totalitário, que exclui a diferença, que seria o único modo pelo qual a subjetividade poderia se manifestar. Ao contrário do discurso psicanalítico, que busca os conteúdos do sujeito, o discurso médico tem uma função silenciadora da subjetividade, uma vez que a fala do sujeito “doente” é ouvida pelo médico para ser descartada imediatamente (Clavreul, 1983).

A “doença”, quando adquire estatuto científico, separa-se cada vez mais do indivíduo que a sente, pois para constituir a doença como objeto de estudo é preciso identificá-la, reconhecer suas manifestações semelhantes e constituí-la como um “ser”, despossuindo dela o doente. Pelo fato de a medicina se pretender uma ciência, tende a constituir um discurso em que o sujeito da enunciação não tem nenhum lugar, uma vez que a verdade enunciada por ele deve ser independente de quem enuncia (Clavreul, 1983).

Segundo Clavreul (1983), a medicina não despossui apenas o doente de sua doença, de seu sofrimento e subjetividade, mas despossui também o médico. “Ao mesmo tempo que o doente, como indivíduo, se apaga diante da doença, o médico, enquanto pessoa, também se apaga diante das exigências de seu saber.” O autor afirma, assim, que não é possível a introdução da subjetividade no espaço da consulta médica, nem do médico nem do paciente, pois ambos estão subordinados a uma “ordem médica”.

A pretensa objetividade científica, buscando a exclusão da subjetividade do médico e do doente, não permite que exista uma relação médico-paciente, mas uma relação instituição médica-doença. “O médico e o doente destituídos de suas subjetividades, prevalece a instituição médica, lugar da totalidade do discurso médico e da qual o médico é anônimo representante e a doença-objeto constituída pelo próprio discurso médico, sendo o homem apenas anônimo terreno no qual a doença se instala” (Clavreul, 1983:13).

O autor, aprofundando sua análise nessa linha, acha impossível a introdução de um discurso sobre o subjetivo na consulta médica, pois a não abordagem do sujeito não decorre de ignorância, mas representa um desconhecimento sistemático e estruturante para a construção do discurso médico, configurando um obstáculo epistemológico que marca os limites do saber e do poder médicos (Clavreul, 1983).

A tendência da prática médica é realmente de fragmentação e alienação da sua finalidade de tratar os “doentes”. No entanto, apesar da pretensão da medicina de ser uma prática científica e dos avanços tecnológicos, a prática médica ocorre numa relação entre pessoas. O conhecimento tem que ser aplicado na singularidade do atendimento individual, no qual estão presentes a subjetividade do paciente e do médico.

## 2.4. A PRÁTICA MÉDICA: SEUS ASPECTOS RELACIONAIS

Ribeiro (1995) ressalta que o atendimento médico é um ato singular, não apenas porque o adoecimento é singular, mas porque, na clínica, estão presentes várias dimensões de subjetividade relacionadas ao paciente e ao médico. A prática médica, embora embasada em uma teoria científica, incorpora elementos extra-científicos, em que existem interpretação, subjetividade, ajuizamento.

Para Schraiber (1993), “todo ato médico consegue qualificar-se como ato, de certa forma, singular, único. Isto porque envolve decisão pessoal do médico na aplicação do conhecimento científico. Essa aplicação, portanto, não se dá de maneira direta, senão mediante um reajustamento do conhecimento científico quanto à particularidade de cada caso examinado (...) A prática médica, desse modo, envolve juízo subjetivo”.

A Técnica do trabalho médico, portanto, não é só científica, é algo mais amplo que a ciência, porque se realiza através da aplicação de um saber numa relação entre sujeitos, e por isso mesmo é singular, encontrando-se profundamente dependente de aspectos subjetivos (Schraiber, 1993; Ribeiro, 1995).

Ribeiro (1995), estudando o processo decisório dos médicos em hospitais universitários, locais de maior expressão da medicina tecnológica, onde se espera encontrar uma prática mais científica, objetiva e tecnológica, demonstra a subjetividade e a não cientificidade nas várias etapas do processo diagnóstico-terapêutico, no que seria o núcleo mais duro da atividade médica (Ribeiro, 1995).

A decisão do trabalho médico envolve interpretação da queixa do doente, o que inclui necessariamente a subjetividade do intérprete, não só na seleção dos sintomas e sinais, mas também na valorização ou não de determinados aspectos, selecionando o que seria importante para compor o quadro da “doença”. A técnica, ou o uso do saber científico, tem muitos momentos de subjetividade na decisão, não só por representar uma leitura própria do médico das referências científicas, mas também porque a ciência apresenta lacunas em explicar o processo social do adoecimento e o próprio organismo humano (Ribeiro, 1995).

Os exames subsidiários, muitas vezes privilegiados em relação à observação clínica, também estão sujeitos à interpretação subjetiva do profissional. Para um mesmo diagnóstico há terapêuticas diferentes, e, na forma de aplicá-las, considera-se a individualidade de cada paciente, variando conforme suas características pessoais, cabendo à “arte” de cada profissional a capacidade de indicar a melhor terapêutica (Ribeiro, 1995).

Apesar de a medicina ter-se firmado como a única prática curadora científica, a prescrição da terapêutica é em grande parte influenciada pela ação de propagandistas, não possuindo, muitas vezes, base científica, não sendo dedutível de qualquer corpo teórico reconhecível, nem validada por qualquer tipo de teste empírico.

Na sua prática, “o médico é também amplamente susceptível às estratégias de geração de demandas e de orientações práticas que os produtores de equipamentos, insumos e sistemas empregam no dia a dia (...). Os médicos atuam como grupos de interesses com a peculiaridade de agirem como tomadores de decisões técnicas no processo de trabalho” (Ribeiro, 1995:571).

Há o reconhecimento, por parte dos médicos, do papel da sua experiência pessoal na prática, porém “a experiência acumulada é apresentada pelo médico ora como resultado do acúmulo de informações científicas, ora como decorrência do contato prolongado do médico com decisões” (Ribeiro, 1995:500).

Os médicos tendem, assim a conferir um papel secundário à subjetividade nas tomadas de decisão. Ao relatarem o processo diagnóstico-terapêutico, afirmam o caráter lógico de suas decisões e do processo investigatório. Cada vez mais buscam utilizar métodos para o auxílio na tomada de decisão e para indicação da terapêutica, “mais científicos”, como as<sup>5</sup> metanálises (Ribeiro, 1995).

“A sessão clínica consiste na celebração dos aspectos mais diretamente científicos da prática médica. (...). Afirmam essa tendência geral ao consenso como evidência do caráter científico de sua prática, desconhecendo os demais fatores envolvidos na decisão” (Ribeiro, 1995:507).

---

<sup>5</sup> metanálise: análises estatísticas de vários trabalhos científicos sobre um mesmo assunto, que pretende indicar as conclusões mais consistentes cientificamente.

Apesar da representação da prática médica como sendo essencialmente científica, envolvendo decisões exatas, as incertezas lhe são inerentes, pois ela lida com sujeitos, e não com objetos, não podendo ser totalmente normatizada, codificada e objetivada.

A Técnica do trabalho médico, como afirma Ribeiro (1995), tem um componente científico, um componente artístico e um componente operativo-decisório. 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.

Para Ribeiro (1995), o desenvolvimento tecnológico, a especialização e as “mudanças na organização do trabalho não seriam capazes de retirar o caráter relacional intersubjetivo da prática médica”, a menos que houvesse uma objetivação tão profunda dessa prática que alterasse a singularidade do ato médico, sendo então outra prática.

Acreditamos que é justamente no seu caráter relacional, no fato de se realizar numa relação entre sujeitos, interindividual e portanto singular que reside a potencialidade de uma prática médica voltada para responder à necessidade singular de atenção do “doente”.

Friedson (1978) afirma que há dois tipos de saber na prática médica: o conhecimento teórico, científico e sistemático, produzido pelas ciências biomédicas, e o conhecimento de como aplicá-lo em pacientes concretos, em situações sociais concretas, quando então se realiza como uma prática social, sendo esse último saber um componente da “arte” médica .

Os livros-textos de medicina reconhecem que nem tudo em seu exercício é científico. Existe na sua prática uma “arte” que é uma combinação do conhecimento com intuição e habilidade (Beeson & McDermott, 1997). Essa “arte”, no entanto, é fruto da experiência e formação pessoal, ou seja, cada médico, individualmente, desenvolve sua “arte”.

A “arte”, que distingue profissionais que possuem a mesma formação científica e habilidades técnicas, mas obtêm melhor sucesso terapêutico, vincula-se à capacidade do profissional de ter um melhor relacionamento com o paciente. Em

geral, atribui-se essa capacidade a um “dom”, a um conhecimento empírico e intuitivo, cujos elementos não podem ser analisados ou conceitualizados.

A pretensão dos profissionais de realizarem uma prática “científica”, livre de constrangimentos de ordem “extratécnica” em suas decisões, em seus julgamentos, em sua ação, portanto “neutros” em relação a concepções ideológicas, pessoais, ou de valores morais e éticos, faz com que dificilmente sejam explicitados e aprofundados os componentes dessa “arte”.

A “arte” fica assim colocada como uma característica própria do profissional, como algo que naturalmente se desenvolve com a vivência. À formação escolar cabe dar um referencial científico para o exercício da medicina e a “arte” será adquirida pela vivência, através da experiência prática da clínica.

“A arte reside, pois, nessa capacidade de aplicar o técnico-científico sob preceitos ‘corretos’ de comportamento pessoal. É um ouvir, um receber, um interessar, um confortar, um orientar, em que se dispõem as ações técnicas derivadas da ciência (... ) Assim, não é tão curioso que se tome a arte por ‘humanismo’ e que se atribua a tal capacidade elementos alheios à competência técnica (estrito senso). A noção de dom ultrapassa conquistas escolares de qualificação, para mesclar com esta, em certa dominância, elementos não materialmente identificáveis, de caráter transcendental, metafísico. O dom, neste sentido, ou a aptidão que se adquire, tem-se na própria natureza, seria natural; não, porém, para toda a espécie humana, mas como rara propriedade inexplicável de alguns” (Schraiber, 1993:153).

Mesmo quando se discute que a “arte” do profissional não é decorrente apenas de “um dom”, mas tem relação com seus valores éticos, morais e ideológicos, dificilmente se aprofunda no fato de que muito dessa “arte” se deve à habilidade do profissional em lidar com os aspectos subjetivos de sua prática e com aspectos da relação médico-paciente.

Consideramos que esses aspectos devem ser explicitados e discutidos. A habilidade do médico em lidar com os aspectos relacionais da sua prática, é relevante para um atendimento mais resolutivo e efetivo, que tenha como referência a atenção ao “doente”, e não à “doença”. Essa habilidade, normalmente restrita à

capacidade individual e intuitiva do profissional, pode e deve, no nosso entender, ser adquirida através da apropriação de referenciais e saberes, que se referem à esses aspectos.

A aquisição de um esquema referencial que permita ao profissional um melhor entendimento das demandas relacionadas aos aspectos emocionais e subjetivos do paciente, envolvidos no processo de adoecimento e cura; um melhor entendimento de como seus valores, concepções morais e ideológicas, podem facilitar ou dificultar a aceitação da demanda do paciente, bem como da dinâmica singular que se estabelece na relação médico-paciente, é extremamente importante para uma intervenção mais efetiva e resolutiva desse profissional.

A relação médico-paciente constitui-se numa interação entre duas pessoas e contém elementos comuns a qualquer relacionamento humano, acrescidos de alguns aspectos específicos que têm a ver com o valor simbólico curador do médico, com os poderes especiais que a sociedade lhe confere (Tähkä, 1988).

O médico, por acreditar na cientificidade de sua prática, julga ter uma neutralidade despossuída de subjetividade em suas decisões. Como sujeito em relação possui, no entanto, emoções, sentimentos e identificações que se expressam na relação com o paciente e dificultam ou facilitam a aplicação de seus conhecimentos “científicos” para o restabelecimento do paciente.

Alguns estudos, como o de Capisano (1969), demonstram que a iatrogenia na prática médica pode ser condicionada pelos conflitos neuróticos dos médicos, levando-os a fazer diagnósticos apressados, a pedir exames desnecessários, a exacerbar a ansiedade dos pacientes e, muitas vezes, a restringir desnecessariamente a vida dos pacientes.

Pedrosa refere que “o médico não está isento em sua relação com seu paciente, ele traz em si uma história, que é anterior aos conhecimentos médicos que detém e é esta história e seus efeitos que estão o tempo todo a passar uma rasteira, digamos assim, sob seus atos e atitudes, o que o faz desentender-se muitas vezes e a ter dúvidas” (Pedrosa, 1992:157).

O médico tem sentimentos de toda ordem em relação a seus diferentes pacientes, denominados contra transferenciais. Zimmerman (1992) afirma que é

importante o profissional saber discriminar quais os sentimentos que podem ser mobilizados em determinadas situações clínicas e podem invadir a função médica propriamente dita. A percepção e o entendimento desses sentimentos estão relacionados a uma maior possibilidade de escuta do paciente, de perceber mensagens não-verbais, de acolher o paciente em suas experiências de sofrimento e angústia e, portanto, a uma melhor capacidade de diagnóstico e de efetividade da intervenção terapêutica.

Balint (1988), estudando os mecanismos que ocorrem na relação médico-paciente, demonstra que o próprio médico, mesmo comprometido em oferecer ajuda e buscar o restabelecimento do paciente, pode contribuir para a estruturação de uma doença quando não consegue perceber a “oferta” do paciente, sua “real” necessidade de atenção.

As pessoas, segundo esse autor, “oferecem” ao médico, inicialmente de forma confusa e “desorganizada”, sintomas esparsos de sua “doença”. O médico, na dependência de sua formação e de seu olhar, “aceita” e seleciona para “trabalhar” alguns sintomas, desprezando outros. Como geralmente o que se olha é a doença, e não o doente, o médico se limita a excluir patologias e muitas vezes não consegue entender e encaixar em seu raciocínio os “sintomas” mais relacionados aos aspectos psicológicos e subjetivos dos indivíduos (Balint, 1988).

A preocupação do médico é maior com o diagnóstico correto de problemas físicos, considerando-se falha grave deixar de diagnosticá-los, mas, não tão grave, deixar de identificar um problema emocional. Segundo Balint (1988), isso leva a uma prática de “eliminação por exames apropriados” de patologias físicas graves, através de uma extensa exploração por exames subsidiários, trazendo conseqüências tanto para o paciente quanto para o serviço.

O raciocínio do médico parte das doenças raras e mais graves, seguindo-se de um procedimento de exclusão, até chegar a um diagnóstico. Os casos que não se enquadram em nenhum quadro nosológico, que representam cerca de 1/3 da demanda dos serviços ambulatoriais (Tähkä, 1988), são identificados pelos médicos como casos que “não têm nada”, significando que não apresentam nenhuma lesão orgânica.

“As doenças são agrupadas em um tipo de ordem hierárquica grosseiramente correspondente à gravidade das alterações anatômicas que podem ser demonstradas ou presumidas nelas (...). Os pacientes cujas queixas podem ser acompanhadas de alterações anatômicas ou fisiológicas demonstráveis ou presumíveis têm lugar de destaque nessa escala hierárquica” (Balint, 1988).

Assim o médico, na maior parte das vezes, após extensa realização de exames, acaba por medicar os sintomas, deixando de diagnosticar a demanda do indivíduo, por não se encaixar em nenhum quadro nosológico.

O não reconhecimento da necessidade do paciente, provoca a tendência de exacerbar seus sintomas, reorganizá-los e apresentá-los de outra maneira para serem entendidos. Ocorre, assim, uma série de retornos ao serviço médico, em busca da resolução de uma mesma necessidade, apresentada de formas diferentes, o que não só reitera a utilização de vários recursos diagnósticos, encarecendo o serviço, como também contribui para que “o sofrimento” do paciente continue a se organizar e a se “oferecer”, cada vez mais, na forma de “sintoma orgânico”, perpetuando o ciclo (Balint, 1988).

Segundo Balint (1988), “o médico é um dos remédios mais usados em medicina e um dos mais importantes efeitos colaterais, senão o principal efeito, da substância ‘médico’ é a sua resposta às ofertas do paciente”. O diagnóstico inadequado da “real” demanda do paciente amiúde agrava seus problemas. O autor chama atenção para o fato de que tanto o não entendimento da demanda do paciente quanto a realização de exames, consultas a especialistas etc., têm significados no desenvolvimento e na estruturação da “doença” do paciente, bem como no seu restabelecimento. Essas questões, no entanto, quase sempre passam despercebidas para os médicos (Balint, 1988).

Perestrello (1974) observa ser importante que o médico possa “sentir” o paciente para compreender sua “pessoa”, o sentido de sua enfermidade e o que ele busca nessa relação. O autor considera uma relação baseada nesses referenciais essencial, para que o paciente possa prescindir da necessidade de expressar-se através da patologia.

Na relação médico-paciente, que acontece em bases assimétricas, o médico exerce o papel de curador, com poderes especiais de examinar, manipular e tomar decisões sobre a vida e a morte. Assim, preexiste, na consulta médica uma série de sentimentos do paciente em relação ao médico e mecanismos transferenciais que facilitam ou dificultam o processo de cura.

No espaço da consulta, se estabelece entre o médico e o paciente, com mecanismos de transferências e contra transferências, um vínculo muito particular e singular. “Perceber e compreender o relacionamento médico-paciente é pré-condição necessária para fazer esse relacionamento funcionar de maneira que seja mais benéfico para o paciente” (Tähkä, 1988:23).

O médico, pelo seu papel, tem potencialidade de exercer uma ação psicoterápica, no sentido mais amplo de influenciar psicologicamente o paciente, para fins terapêuticos. Assim, a maneira com que o clínico lida com o paciente, suas atitudes, gestos, palavras e expressões fisionômicas possuem significado para o paciente e podem constituir-se em uma “psicoterapia” (Perestrello, 1974).

Perestrello (1974) define a psicoterapia da prática clínica como uma psicoterapia implícita, derivada da própria relação interpessoal entre o médico e o paciente. Quando a relação médico-paciente se estabelece, há várias configurações, tanto as que possibilitam uma boa formação terapêutica quanto aquelas que correm a favor dos propósitos mórbidos do paciente, como o de querer manter-se doente.

O autor ressalta a importância de explicitar, para o médico, o que ocorre entre ele e o paciente, no sentido de passar de uma relação mais intuitiva para uma mais consciente e com possibilidades de ser melhor conduzida, não havendo para isso, a necessidade de um diagnóstico profundo da psicodinâmica do paciente, mas apenas uma idéia central norteadora sobre ele (Perestrello, 1974).

Perestrello fala de uma medicina da pessoa, que procura entender a doença na pessoa e, assim, “integrar os dados no conjunto vivencial da pessoa, com os conhecimentos do funcionamento mental oriundos da psicanálise em termos não necessariamente de causa-efeito, mas do funcionamento mental como um todo, em termos de um fluir contínuo, e, mais do que isso, não se restringindo ao ‘mental’, mas à pessoa toda, como uma estrutura global, psicofísica ” (Perestrello, 1974:47).

Castiel propõe que os curandeiros científicos têm que dar lugar a outro tipo de profissional: os cientistas curadores, isto é, aqueles que possuem a ciência de cuidar e, assim, de curar. Para isso considera fundamental o estabelecimento de uma relação de extrema intimidade com o paciente, uma vez que é a norma íntima de cura que está em questão. Afirma ainda que “é preciso dispor de técnicas psicoterápicas com poder de abordar efetivamente a dimensão psicossômica do homem e (...) ter noções dos mecanismos transferenciais envolvidos nas interações humanas e como manejá-los” (Castiel, 1994:88).

Para esse autor, não se trata de psicanalizar o contexto terapêutico da clínica médica, e sim de saber como conduzir o tratamento para além do habitual discurso médico. “Mais do que isso: para funcionar como agente produtor de uma atmosfera curativa, reconhecida com o efeito halo, na verdade, outra forma de indicar os fenômenos que costumam ser catalogados como efeito placebo” (Castiel, 1994:88).

Balint (1988) considera essencial que o médico se deixe conduzir pelo paciente para os pontos que deseja comentar, captando todas as suas reações e tendo a capacidade, através de “insights” de perceber o que realmente o angustia. Para isso é importante a capacitação e o treino dos profissionais em técnicas psicoterápicas aplicadas à relação médico-paciente. Ressalta a necessidade do médico, que por si só tem um efeito terapêutico, ocupar esse lugar, buscando qualificação para a ação psicoterapêutica que o seu trabalho possibilita.

A proposta de incorporação de um saber psicoterápico, para Pedrosa (1992), não pretende que o médico aprenda a fazer psicoterapia ou psicanálise, mas possa ser um observador qualificado, ampliando seu “olhar” sobre o paciente e sua capacidade de escuta e diagnóstico e, portanto, de intervenção, beneficiando o paciente e os serviços.

Essas questões, no entanto, são tensionadas pela própria racionalidade científica e “ordem médica”. Há resistências por parte dos profissionais em admitir aspectos subjetivos em sua prática, identificada como científica.

Pedrosa (1992), trabalhando com grupos de estudantes do último ano de medicina, relata o total despreparo deles para a relação médico-paciente. Sua

identificação com o modelo médico tradicional, com a “ordem médica”, é poderosa, e encaram a subjetividade na relação médico-paciente como ameaçadora.

A própria formação do profissional, como refere Camargo, o faz se despossuir de sua subjetividade para ser portador de um discurso científico. “Refiro-me em especial ao papel condicionante que as teorias correntes acerca das categorias diagnósticas e de sua gênese têm no modo com o médico traduz o sofrimento que seus pacientes apresentam, supervalorizando os aspectos objetiváveis, traduzidos em doença, e deixando de lado o universo subjetivo do sofrer (...). Ao ser educado na tradição da medicina científica, o médico aprende a ver seus futuros pacientes como meros veículos para as doenças, sendo essas tidas como real objeto de sua prática. Dado o caráter coator e extraverbal do paradigma, esta superdeterminação da percepção médica torna-se inatingível apenas pela reflexão crítica do próprio sujeito cognoscente - no caso o médico” (Camargo, 1992b:11).

Várias experiências têm sido realizadas no sentido de auxiliar o médico na aprendizagem dos mecanismos subjetivos envolvidos em sua prática, buscando capacitá-lo a entender as “ofertas” dos pacientes, a escutar as demandas que “não se encaixam” no diagnóstico anatomopatológico, e a perceber como seus próprios valores e sentimentos podem estar intervindo no processo de diagnóstico e terapêutico.

Balint, a partir de década de 50, criou os chamados grupos de discussão e supervisão, os “case-works”, inicialmente com assistentes sociais, depois com clínicos que buscavam superar as dificuldades que encontravam em seu trabalho. Voltou mais sua atenção para o momento da relação médico-paciente e para os fenômenos transferenciais que nela ocorrem (Pedrosa, 1992).

Com o objetivo de capacitar o médico a compreender melhor o paciente e, assim, capacitar o paciente a se compreender melhor, Balint passou de um momento inicial de orientação dos profissionais para uma abordagem mais aprofundada em relação a aspectos psicológicos do paciente para outro, de realização de um apoio psicoterápico e, finalmente, com sua obra “Seis minutos para o paciente”, para um

trabalho voltado para o médico conseguir perceber e ajudar o paciente em uma consulta clínica comum (Pedrosa, 1992).

A essas experiências iniciadas por Balint seguiram-se várias outras, como o trabalho de Perestrello, os grupos operativos de Pichon, os grupos de reflexão de Dellarosa, etc. Apesar de diferentes linhas analíticas, todos usam a discussão em grupo de casos e vivências clínicas, coordenada por um profissional qualificado, para refletir sobre a atuação do médico (Pedrosa, 1992).

As reflexões sobre a prática médica têm como objetivo desenvolver no profissional a percepção das demandas inconscientes, “não-explicitas”, que os pacientes trazem às consultas, a percepção da subjetividade do adoecer peculiar de cada um, e também, possibilitar que o profissional compreenda a si mesmo como objeto da relação, explicitando os mecanismos contra-transferenciais que dificultam no processo de atendimento, o ouvir e o acolher o sofrimento do paciente (Pedrosa, 1992).

Matta (1996) afirma que as contribuições do campo da psicologia médica para a percepção das inter-relações entre o profissional de saúde, o paciente e sua família, e dos “ruídos” nessa comunicação, têm evidentes repercussões na eficácia da prática clínica. O autor, no entanto, chama atenção para o risco de substituir a razão etiológica do sintoma somático do campo biológico para o campo psicológico, simplificando questões sociais e culturais e reduzindo os processos de subjetivação à causalidade psíquica. E ressalta que a subjetivação e os “ruídos” na comunicação entre o profissional e o paciente têm componentes históricos, culturais, institucionais, etc. que devem ser considerados para não ocorrer uma “iatrogenia psicológica”.

Para uma prática clínica ampliada (Campos, 1997c), desmedicalizante acreditamos ser condição necessária, embora não suficiente, o médico saber entender e dar espaço à subjetividade do paciente, extremamente importante no processo de adoecimento e cura. Por outro lado, deve saber lidar com sua subjetividade, presente nos vários momentos de sua prática, e com a dinâmica que se estabelece na relação com o paciente. Nesse sentido, a contribuição dos autores citados atrás é relevante.

A experiência do setor de Pediatria do Centro de Saúde Escola da UNIFESP/EPM confirma a importância da aquisição, pelos médicos, da habilidade em lidar com os aspectos relacionais de sua prática para um atendimento mais resolutivo e satisfatório para o paciente, para o serviço e para o próprio profissional (Benetton et al., 1996).

Os autores relatam como a aquisição desse referencial, através de grupos de reflexão e discussão de casos (grupos tipo Balint), os capacitou a ampliar o “olhar” sobre a criança e sua família, a melhorar a “escuta”, a qualidade do “vínculo”, e assim, aumentar a capacidade de diagnosticar e intervir na demanda do paciente. “Percebemos ser possível intervir e atuar para diminuir o sofrimento e as dificuldades do paciente mesmo em situações nas quais as condições concretas de vida e as condições sociais são bastante desfavoráveis” (Benetton et al., 1996:9).

Esse trabalho, iniciado após a percepção, pelos médicos, do limite de sua prática para um atendimento mais resolutivo, resultou, segundo os autores, numa diminuição no número de encaminhamentos para especialistas e na utilização de exames subsidiários e medicamentos. Exemplificam isso através de casos de crianças com dificuldades de aquisição de habilidade motora, de crescimento e ganho de peso, com quadros repetitivos de infecção etc, que apresentaram melhora “clínica” após uma abordagem que possibilitou a identificação e a atuação nas questões emocionais da criança e da família (Benetton et al., 1996).

“Houve uma diminuição no número de encaminhamentos para especialistas, principalmente de pacientes que apresentavam queixas difíceis de se encaixarem em algum diagnóstico clínico. A aquisição de outro “olhar” possibilitou perceber que muitas dessas queixas estavam relacionadas com dificuldades emocionais, e que grande parte dos encaminhamentos eram realizados para o profissional livrar-se das próprias dificuldades em lidar com esses pacientes” (Benetton et al., 1996).

Ainda segundo os autores, a melhora na “escuta” possibilitou a percepção de que um grande número de retornos, com queixas clínicas repetitivas, se deviam às dificuldades da mãe em lidar com determinadas situações da dinâmica familiar e com sua necessidade de ser ouvida.

“Após a percepção de que a queixa apresentada muitas vezes disfarçava alguns sentimentos da própria mãe, houve uma importante modificação no acolhimento da demanda.(...) Percebemos o quanto era importante desvendarmos o verdadeiro motivo daquela procura” (Benetton et al., 1996:8).

O suporte oferecido pelas discussões, em conjunto com os profissionais da área de saúde mental, permitiu aos médicos acolher o sofrimento dessas mães, abrindo um canal de “conversa” e “apoio” desvinculado da necessidade de atendimento clínico da criança, dessa maneira ajudando a diminuir a “falsa demanda” por atendimento médico.

Para os autores, esse suporte também permitiu aos médicos maior segurança para manter em acompanhamento os pacientes com algum sofrimento emocional, decorrente de problemas circunstanciais de vida, evitando, assim, o encaminhamento para serviços especializados de saúde mental e a “psicologização” desse sofrimento. A aquisição de referenciais e habilidades para acolher, intervir e atuar nessas situações contribuiu para evitar a fragmentação da atenção (Benetton et al., 1996).

Ainda, o estabelecimento de um vínculo de melhor qualidade tanto se refletiu numa maior aderência das mães às orientações propostas, diminuindo o número de retornos ao serviço por um mesmo quadro mórbido, quanto também no aumento da autonomia dos pacientes em lidar com o próprio sofrimento, reduzindo sua dependência aos serviços de saúde (Benetton et al., 1996).

Na prática clínica e na forma de organização dos serviços, não é apenas o paciente que perde sua subjetividade, mas também o profissional, que se aliena como sujeito de seu processo de trabalho, realizando uma prática cristalizada e insatisfatória (Merhy,1994). O processo relatado antes, resultou também numa prática mais satisfatória e estimulante para os médicos, como bem expressa a citação abaixo:

“Conseguimos resgatar o prazer de ser médico(...). Com a ajuda da supervisão adquirimos uma ‘nova’ técnica semiológica que também nos tornou melhores médicos (...). Estamos valorizando as nossas percepções, encaminhando menos, resolvendo mais e estamos mais, comprometidos com o paciente (...). Isto

contraria a arraigada impressão de que seria improdutivo qualquer investimento da parte do médico numa simples consulta pediátrica num serviço público. No nosso caso, o investimento se deu na transformação da ‘postura médica’ ” (Benetton et al., 1996:15).

O reforço do vínculo do profissional com o paciente é um instrumento importante para potencializar as transformações nessa prática e para a produção de “sujeitos autônomos: profissionais e pacientes” (Campos, 1994). A melhora no aspecto relacional dessa prática, para além das questões apresentadas, contribui para que o profissional tenha um maior envolvimento com o seu trabalho e assuma maior responsabilidade pelo processo de cura do paciente.

Retomamos, neste momento, a questão da atuação gerencial no trabalho médico. Considerando as características desse trabalho e a sua especificidade em serviços básicos de saúde, podemos qualificar melhor a nossa concepção de atuação gerencial comprometida com as propostas da reforma sanitária e os seus desafios.

## **2.5. OS DESAFIOS PARA O GERENCIAMENTO DO TRABALHO MÉDICO**

A racionalidade da medicina ocidental, identificada com a razão científica, o desenvolvimento tecnológico, as mudanças no exercício da profissão e no modo de produção dos serviços levam a uma prática predominantemente voltada para a “doença”, distanciada de seu objeto de trabalho que é o “doente”.

A experiência relatada atrás, nos indica uma possibilidade de prática clínica mais ampliada, mais voltada para o doente, e de incorporação, do profissional e do paciente, como sujeitos dessa prática. Sem perder de vista a complexidade que envolve uma mudança na prática clínica hegemônica, entendemos que a organização dos serviços e a gerência têm um papel a cumprir nessa mudança.

Assim, a organização do trabalho na unidade de modo a estimular o acolhimento, o vínculo, a responsabilização do profissional pelo restabelecimento do paciente; o trabalho em equipe; o desenvolvimento de mecanismos que contribuam para ampliar o “olhar” e a “escuta” do profissional; a formação em serviço; a reflexão e a avaliação do trabalho - são instrumentos importantes para potencializar as transformações nessa prática.

Na discussão que realizamos da dimensão interna da prática médica, ressaltamos a dimensão relacional dessa prática, por entendermos que seus aspectos, normalmente não explicitados, são fundamentais para uma prática clínica ampliada. Queríamos, assim, ressaltar o que tende a ser ocultado.

A qualidade da relação médico-paciente e do vínculo são componentes básicos para uma atenção voltada para o “sujeito portador de necessidades”, o que, na nossa opinião, implica a tarefa, para os gestores, de atuarem nesses aspectos da prática médica, de problematizarem, acompanharem e avaliarem essa dimensão do trabalho médico.

Consideramos importante o desenvolvimento de mecanismos organizacionais que estimulem o acolhimento, o vínculo, a escuta, assim como, o desenvolvimento de espaços institucionais que possibilitem aos profissionais a reflexão, o aprendizado e a incorporação de referenciais para lidar com os aspectos relacionais de sua prática, para a criação de um vínculo e de uma relação médico-paciente de melhor qualidade.

Os constantes avanços científicos que ocorrem na medicina exigem permanente atualização do conhecimento e determinação de quais tecnologias devem ser incorporadas à prática das unidades de saúde. A tendência em supervalorizar os recursos diagnósticos-laboratoriais, em detrimento dos recursos tradicionais de semiologia, deve ser discutida.

A formação do médico se completa na experiência prática, no atendimento dos casos e na vivência clínica; por isso os espaços institucionais para a discussão de “casos” são importantes. Os aspectos técnico-científicos dessa prática devem também ser problematizados, acompanhados e avaliados pelos gestores.

De uma maneira geral, a atuação gerencial em relação ao trabalho médico restringe-se a comunicar normas de funcionamento do serviço ou a realizar atualizações científicas, não questionando a forma como são aplicados os “conhecimentos científicos”, como se realiza a prática clínica, a escuta e o vínculo; como essa prática se articula ao trabalho de outros profissionais e a que necessidades responde.

O diagnóstico e a intervenção no processo de adoecimento, na demanda que chega ao médico numa unidade de saúde, exigem, como vimos, aprendizado, aquisição de outros referenciais teóricos e integração de diversas ações. A composição de vários saberes se faz necessária não só para intervir no coletivo, mas também para ampliar a capacidade de intervenção do médico no atendimento individual para além de questões estritamente “médicas”, para realizar o ir e o vir do individual para o coletivo, evitando a fragmentação da atenção.

O atendimento médico individual deve integrar-se ao trabalho dos outros profissionais. A atuação gerencial é importante tanto para auxiliar os profissionais a pensar seu trabalho e a nele incorporar outros saberes quanto para articular as diversas ações. Como já abordamos, há uma grande complexidade na determinação e operacionalização de uma tecnologia adequada para a intervenção na dimensão individual e coletiva do processo saúde-doença (Nemes, 1995).

As tentativas de articular o atendimento médico individual com os outros trabalhos da unidade passam, muitas vezes, por implementar programas e normas de atendimento, com fluxogramas assistenciais. No entanto, como demonstra Nemes (1995), ao avaliar o trabalho programático no Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa, mesmo os profissionais mais envolvidos e comprometidos em realizar esses programas têm dificuldades em operar as normas.

Pelas características não só do trabalho médico mas do trabalho em saúde, que lidam com a singularidade, com a individualidade, com a particularidade, não é possível sua normatização completa em “programas de atenção”. Há uma tensão de racionalidade entre a preocupação com o coletivo e a preocupação com o individual, entre a atividade programática e a singularidade do caso.

Para responder às necessidades individuais e também coletivas de saúde, entendemos que é importante combinar a lógica de atividades programáticas com uma prática clínica ampliada, que trabalhe com a perspectiva de projetos terapêuticos individualizados. O trabalho médico nesses serviços, ao mesmo tempo que requer certa padronização e normatização, necessita de autonomia para lidar com a variabilidade biológica, psíquica e social dos casos, e também, ao mesmo tempo que depende fundamentalmente do médico depende do trabalho em conjunto com outros profissionais (Campos, 1997c).

É, portanto, um desafio criar uma tecnologia apropriada para atuar nesses serviços. Como afirma Merhy (1994), “o trabalhador terá que mudar sua relação com o conjunto de saberes e com os outros trabalhadores, forjando um trabalhador coletivo de saúde”. A gestão institucional, com a finalidade de atender às necessidades do usuário, deve desenvolver mecanismos que contribuam para a construção desse trabalhador coletivo e para o desenvolvimento de novas tecnologias de intervenção.

O trabalho em equipe, a existência de espaços coletivos, multiprofissionais, de formação, discussão, reflexão e avaliação são condições básicas para ampliar o “olhar” da equipe e construir um “outro” modo de operar o trabalho, bem como para auxiliar na construção de uma prática clínica ampliada.

O julgamento dos médicos de que sua prática é essencialmente científica dificulta a aceitação e incorporação de outros saberes no processo de diagnóstico terapêutico, e principalmente, a admitir e discutir os aspectos relacionais e a subjetividade presentes no seu trabalho. A formação de equipe por si só não altera a fragmentação e o desentrosamento entre as várias linhas de atuação de cada categoria profissional, que possui seus próprios regulamentos, objetivos, e que tem poderes diversos (Campos, 1997b).

A organização de uma equipe e de um trabalho coletivo implicam negociações constantes do objetivo, da missão institucional, com atores que portam projetos diversos e possuem poderes diferenciados. Para Campos (1997b), caberia à gerência desenvolver mecanismos para lidar com os limites de competência (saber)

e responsabilidade<sup>6</sup> operacional de cada profissional, utilizando como referencial para estruturar esse trabalho a missão das instituições de saúde de produzir saúde. A diretriz de defesa da vida seria o eixo estruturante para os projetos de construção dos serviços de saúde e deveria ser campo de responsabilidade de todo profissional de saúde.

Na inserção institucional dos médicos, a sua organização corporativa muitas vezes se contrapõe a uma atuação gerencial. Em decorrência do poder corporativo e da independência técnica que possuem, o controle e avaliação dos atos médicos, ficam delegados aos próprios profissionais, à sua capacidade de auto-regulação.

Por tratar-se de um serviço que prevê uma intervenção social e uma ação no coletivo, esse trabalho necessita de um controle institucional. É importante discutir e avaliar a forma singular de realização do trabalho médico, relacionando-a com os objetivos institucionais, o que significa enfrentar os interesses corporativos em jogo. Os médicos resistem mais que os demais trabalhadores às regras e controles institucionais.

Como discutimos inicialmente, os médicos operam com certa autonomia, apesar dos constrangimentos que estão submetidos, possuindo, concretamente, poder de decisão técnico-política diante dos serviços de saúde e influenciando no modo de organizá-los. Como todos os trabalhadores, decorrente da relação privada que estabelecem com o usuário, os médicos têm um espaço próprio de gestão de seu trabalho, que Merhy (1997b) denomina de autogoverno, e que frequentemente se realiza no sentido da defesa corporativa de seus interesses.

Os interesses corporativos dos médicos<sup>7</sup>, na maior parte das vezes, se contrapõem aos interesses do usuário e à missão institucional que tenha como finalidade atender as necessidades da população. Como lidar com o poder corporativo dos médicos, que disputa com a lógica das organizações, que se contrapõe a um controle e atuação gerencial? Como lidar com a autonomia

---

<sup>6</sup> Campos (1997b) faz neste texto uma discussão interessante sobre núcleos e campos de competência e responsabilidade profissional no trabalho em equipe.

<sup>7</sup> Todos os trabalhadores em saúde possuem um grau de autonomia em seu trabalho, derivado do fato de realizarem também numa relação privada com o paciente, e portanto possuem interesses corporativos e exercem um certo "autogoverno" também em defesa desses interesses. Pelo recorte deste trabalho, nos referenciamos mais especificamente no trabalho médico.

profissional para que ela seja utilizada a favor de um atendimento de boa qualidade para o paciente?

Esses, certamente, são grandes desafios gerenciais. Como afirma Merhy (1997b), “pensar em mudança no processo de trabalho nos coloca em situação de alta complexidade, (...) a unidade de saúde tem uma dinâmica complexa se considerarmos o conjunto de autogovernos, o jogo de interesses organizados como força sociais, que atuam na micropolítica cotidianamente”.

A formação escolar do médico, permeada pelo paradigma tecnológico e pelas próprias transformações estruturais que vêm ocorrendo na profissão médica, tem gerado profissionais com lacunas do ponto de vista técnico e ético, com baixo grau de compromisso pela recuperação do paciente e também com baixa capacidade de resolver problemas (Machado & Rego, 1996; Campos, 1997b).

As atividades em locais que envolvem o uso de alta tecnologia material são mais valorizadas pelos médicos. A prática nas unidades básicas, associada a uma atividade rotineira e com baixa incorporação de tecnologia material, é identificada, pela maior parte dos médicos, como desmotivante. As unidades básicas são freqüentemente desqualificadas como local de exercício profissional (Bodstein, 1993).

Para a construção de um outro modo de operar o trabalho, justamente pela autonomia que possuem os médicos, é necessário o seu envolvimento como sujeitos dessa mudança. Nenhuma proposta alcançará sucesso se os trabalhadores não se incorporarem ao processo como sujeitos e não se abrirem para a incorporação de novos referenciais (Campos, 1997b).

Como afirma Merhy (1994, 1997c), “Se não alterarmos a forma como os trabalhadores se relacionam com o seu principal objeto de trabalho - a vida e o sofrimento dos indivíduos e da coletividade, representado como doença - não basta corrigirmos procedimentos organizacionais e financeiros das instituições de saúde”.

Como envolver os médicos com o trabalho em uma unidade básica? Como envolve-los na tarefa de construção de uma prática mais apropriada a esses serviços, de um “outro” modo de operar o trabalho? Como combinar autonomia profissional com a missão dos serviços de produzir saúde?

Vários autores têm trabalhado com o desenvolvimento de mecanismos gerenciais com o objetivo de quebrar as resistências corporativas e envolver os trabalhadores como sujeitos do seu processo de trabalho. A democratização dos espaços de gestão, a participação e controle da população, o envolvimento dos trabalhadores na organização do trabalho, a atribuição de responsabilidades e os processos de reflexão e avaliação do trabalho são algumas das estratégias apontadas para isso.

Campos (1997b), afirma que a combinação de métodos de gestão e de planejamento com estratégias originárias da análise institucional pode tornar possível o cumprimento da missão dos serviços e também assegurar um espaço institucional para o real desenvolvimento dos profissionais.

Discutir questões éticas e políticas desse trabalho tendo como referencial a defesa da vida, colocar em cheque a lógica atual da produção dos serviços, tornar público o processo que governa o modelo assistencial e os interesses corporativos em jogo, segundo Merhy (1997c), contribui para a criação de atores e sujeitos envolvidos no processo de trabalho.

Tecnologias de gestão inovadoras, que superem os pólos rígidos de decisão e execução do trabalho e insiram os trabalhadores no processo de produção organizacional; mecanismos de participação e controle social que realimentem os processos organizacionais - são considerados por Gallo, Vaitsman, Filho (1996), como essenciais para viabilizar um projeto que tenha como tônica a solidariedade e a cumplicidade dos sujeitos implicados.

Os espaços onde trabalhem juntos dirigentes, equipes de saúde e movimentos populares contribuem para quebrar as formas de relacionamento consolidadas pelo jogo institucional, “os silêncios sobre os mecanismos que encobrem acordos opressores sobre os mais fracos - em geral, clientes - e cronificam a alienação dos profissionais” (Campos, 1997b).

O envolvimento de todos os participantes de uma equipe com a elaboração de novas maneiras de fazer a instituição funcionar - a gestão colegiada - seria um bom dispositivo para comprometer os trabalhadores com a missão e com os projetos institucionais, assim como a recuperação de uma prática assentada no vínculo, na

responsabilidade profissional e no compromisso com os resultados (Campos, 1994, 1997b).

Merhy, Campos, Cecílio (1994), entre outros, têm trabalhado experiências de gestão que descentralizam para as equipes de saúde, incluindo o médico, a responsabilidade pela atenção a um determinado problema de saúde, em que “cada equipe compromete-se com o cumprimento de um conjunto de metas e objetivos, definidos a partir de um sistema de negociações orientadas pelo plano estratégico global”, planejando e organizando o processo de trabalho, bem como construindo indicadores que avaliem a efetividade e a qualidade da intervenção implementada.

Essas experiências de atribuição de responsabilidades às equipes, através de contratos de gestão entre os trabalhadores, dirigentes e representantes de usuários, buscam contribuir para a construção de um trabalho coletivo e de trabalhadores sujeitos, que tenham compromisso com os usuários efetivos e potenciais do serviço, utilizando o seu saber para gerar opções tecnológicas de atenção à saúde (Campos, 1992, 1994; Merhy, 1994).

A organização parcelar do trabalho em saúde e a fixação a determinada etapa de um certo projeto terapêutico produzem alienação. “Se o profissional não se sente sujeito ativo no processo de reabilitação ou na trajetória de invenção de programas para debelar um problema sanitário mais coletivo (...) ele não somente perderá contato com elementos potencialmente estimuladores de sua criatividade, como tenderá a não se responsabilizar pelo objetivo final da própria intervenção” (Campos, 1997b).

Com a perspectiva de aumentar o envolvimento e a responsabilidade dos médicos, Campos (1997b, 1997c) propõe a delegação a esses profissionais da responsabilidade pelo cuidado integral de cada paciente, através da inscrição e a vinculação de um determinado número de usuários a cada médico. “Uma prática clínica assentada no vínculo, é a melhor maneira de combinar autonomia e responsabilidade”.

Assim, cada paciente teria na unidade de saúde o médico de referência, responsável pelo seu acompanhamento, inclusive nas intercorrências clínicas. A esse médico caberia a proposta de um projeto terapêutico individualizado, com a

solicitação, se necessária, do apoio de outros profissionais da equipe e a indicação para a participação de outras atividades desenvolvidas na unidade (prevenção, grupos, reabilitação etc.). O médico seria responsável para solicitar o apoio de outros membros da equipe, estimulando assim a sua autonomia para criar mecanismos de cuidados de cada paciente.

Padrões mais explícitos de vínculo entre profissionais de saúde e usuários são formas de se efetivarem micromecanismos de controle social. Para Campos (1997b), o controle social por meio de conselhos não atinge, de forma contundente, o cotidiano dos serviços e portanto não serve como dispositivo de negociação com os interesses corporativos dos trabalhadores de saúde. Essas tentativas de responsabilização são também formas de produzir “fissuras”, “aberturas”, na prática dos profissionais, para outros referenciais e para o trabalho coletivo.

O desenvolvimento de mecanismos de avaliação, que dialoguem com a dimensão técnica e ética do trabalho e tentem tornar público a relação privada entre o médico e o paciente, é também uma prática gerencial capaz de reinsserir os profissionais como sujeitos da ação técnica e assistencial (Schraiber & Nemes, 1996; Merhy, 1997c).

Para Merhy, há a necessidade de discussão dos processos micropolíticos do trabalho para uma mudança efetiva no modo de operá-lo. Os gestores devem, através do uso de dispositivos interrogadores, criar nos trabalhadores a possibilidade de refletirem sobre pontos-chaves para a configuração de um modelo de atenção centrado no usuário (Merhy, 1997b, 1997c).

Considerando que a gestão institucional opera num jogo de disputa de distintos agentes, Merhy (1997b) tem procurado desenvolver “ferramentas analisadoras”<sup>8</sup> que permitam interrogar como os sujeitos institucionais governam o seu dia-a-dia e os seus jogos institucionais; como está sendo usada a capacidade de autonomia de seu trabalho; a que interesses e intencionalidade obedece; qual o sentido dos modelos instituídos, seus conteúdos tecnológicos e possibilidades, seus pressupostos ético-políticos e a eficácia de seus procedimentos na produção de resultados pretendidos (Merhy, 1997c).

---

<sup>8</sup> Para maiores detalhes sobre as ferramentas analisadoras e sobre experiência concreta da sua utilização ver: Merhy & Chakkour, 1997 e Merhy, 1997c.

A informação sobre o processo de trabalho abre a possibilidade de compreender os distintos “autogovernos”, de interrogar os sentidos funcionais do serviço, as distintas modalidades de jogos de interesses, os compromissos que os vários agentes realizam entre si explicitando o modelo técnico-assistencial realizado. Entender como se governa o processo produtivo propriamente dito, como se gerem os processos institucionais, tem como objetivo “permitir a ‘publicização’ dos interesses privados em jogo, como o das corporações, dos dirigentes, entre outros” (Merhy, 1997c; Merhy & Chakkour, 1997).

A utilização dessas ferramentas pretende “desprivatizar” a relação entre o trabalhador e o usuário, de modo a poder compartilhá-la publicamente no interior do coletivo de trabalhadores e repensá-la, tendo como referencial a organização do serviço voltada para o usuário. É um instrumental que permite colocar a equipe de trabalhadores em situação coletiva de análise, contribuindo para quebrar os interesses corporativos e possibilitar mudanças.

Essas estratégias são alguns dos caminhos para lidar com questões corporativas e envolver os trabalhadores como sujeitos na construção de um outro modo de “operar” o trabalho.

Para a finalidade deste trabalho nos limitaremos a essas considerações, que, acreditamos, deixam claro o referencial que iremos utilizar para a análise do material empírico. Os desafios gerenciais para a construção de uma prática médica nas unidades de saúde no sentido proposto são muitos e, em síntese, podemos dizer que:

Para o projeto de reforma sanitária, apesar das tensões e conflitos com a autonomia e o poder corporativo dos médicos, é fundamental uma atuação gerencial que, preservando a sua necessária autonomia técnica, organize o trabalho médico para responder às necessidades de saúde socialmente postas aos serviços. Nesse sentido, é importante que a ação gerencial se realize na formação, na organização do processo de trabalho e na avaliação da sua adequação à missão institucional, atuando no núcleo técnico do trabalho médico, tanto em seus aspectos técnico-científicos quanto em seus aspectos relacionais.

### 3. CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

---

Esta pesquisa foi concebida para discutir questões relacionadas ao trabalho médico em atenção básica de saúde, visando subsidiar linhas de atuação gerencial sobre esse mesmo trabalho. Optamos por uma investigação que possibilitasse explorar aspectos ligados tanto à prática dos agentes envolvidos nesse processo de trabalho quanto a seu gerenciamento, utilizando-se para tal uma metodologia qualitativa.

Nas pesquisas qualitativas é grande a discussão sobre a objetividade do conhecimento produzido.

Não é possível negar que toda ciência é comprometida e vincula interesses e visões de mundo historicamente construídos, conforme pondera Minayo: “As visões de mundo do pesquisador e dos atores sociais estão implicadas em todo o processo de conhecimento, desde a concepção do objeto até o resultado do trabalho”. No entanto, a subjetividade do pesquisador “é uma condição da pesquisa que, uma vez conhecida e assumida, pode ter como fruto a tentativa de objetivação do conhecimento” (Minayo, 1993:21).

É importante, por isso, a explicitação das concepções teóricas do pesquisador, dos conceitos e pressupostos assumidos, dos objetivos do trabalho, das técnicas e dos recursos metodológicos utilizados na obtenção dos dados, bem como as categorias de análise adotadas. Algumas dessas questões já foram explicitadas na introdução e na primeira parte deste trabalho, o restante faremos a seguir.

Optamos por realizar o estudo numa rede de serviços que estivesse comprometida com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e apresentasse condições estruturais e de trabalho que não fossem limitantes para a realização de dado modo de atendimento e permitisse, assim, o aprofundamento da investigação explorando a problemática do trabalho médico e de sua organização nos serviços básicos de saúde.

A pesquisa empírica buscou caracterizar o modo concreto de organização do trabalho médico nessas unidades, analisando as diretrizes institucionais que norteavam o gerenciamento e a organização desse trabalho.

Dada a existência dessas condições, nos propusemos a analisar, a partir de depoimentos dos gerentes e dos próprios médicos, o atendimento oferecido e a problemática existente nesse trabalho, verificando em que medida se confirmava ou não o quadro teórico desenvolvido, a fim de construir um todo que permitisse uma reflexão crítica.

O modelo assistencial não é dado “a priori”, mas construído e reconstruído no cotidiano pelos sujeitos envolvidos na produção dos serviços. O trabalho médico nas unidades de saúde está, dessa maneira, norteado não só pelas diretrizes gerenciais e organizacionais do serviço, mas também pela concepção que os médicos possuem a respeito dele, de sua finalidade, do papel que devem desempenhar numa unidade de saúde.

Além dos mecanismos gerenciais e de planejamento que organizem o trabalho médico para atender às necessidades de saúde socialmente postas ao serviço, é indispensável a participação e o envolvimento dos profissionais como sujeitos dessa prática. Os médicos são atores que possuem poder, portam interesses, resistem ou aderem a intervenções que se dão em seu processo de trabalho, reorientando o modelo.

Dos médicos, tomamos depoimentos mais detalhados sobre o trabalho em unidades básicas, estimulando sua reflexão sobre o atendimento e a consulta que efetuavam, de forma a permitir a análise das concepções que norteavam seu trabalho, considerando-se que essas concepções também são constitutivas da realidade do trabalho.

Trata-se de uma análise do problema a partir de depoimentos dos gerentes e agentes, assumindo-se, metodologicamente, que os depoimentos traduzem parte da realidade vivida cotidianamente pelos sujeitos e que essas vivências singulares são meios de aproximação da realidade, que representam de certa forma o coletivo a que pertencem, no caso específico a interação entre os médicos, a instituição e as políticas implementadoras.

Segundo Minayo (1993), as concepções, por serem ao mesmo tempo ilusórias, contraditórias e “verdadeiras”, podem ser utilizadas como matéria - prima para a análise do social e também para uma ação de transformação, pois retratam e refratam a realidade segundo determinado segmento da sociedade. Deve-se, no entanto, ter clareza que as concepções que os homens fazem da realidade não podem ser confundidas com a própria realidade, nem tomadas necessariamente como verdades científicas.

“As visões de mundo dos diferentes grupos expressam as contradições e conflitos presentes nas condições em que foram engendradas. Portanto, tanto o ‘senso comum’ como o ‘bom senso’, para usar as expressões Gramscianas, são sistemas de representações sociais empíricos e observáveis, capazes de revelar a natureza contraditória da organização em que os atores sociais estão inseridos” (Minayo, 1993:29).

As diferentes concepções, contradições, conflitos e interpretações existentes entre os médicos e gerentes não deixam de ser indicativas das existentes em outros lugares. Apesar de reproduzirem, de modo particular, as condições do modo de produção dos serviços locais, são decorrentes também de um conjunto de determinações estruturais maiores.

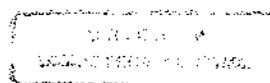
O município de Diadema foi escolhido para a realização da investigação empírica por apresentar uma continuidade administrativa de catorze anos<sup>9</sup>, com prioridade de investimentos para a saúde e demais áreas sociais, distinguindo-se da maioria dos municípios, que em geral têm interrupção na implantação de suas políticas de saúde.

Vale ressaltar que essa continuidade administrativa pretendia a implantação de uma política de saúde comprometida com as diretrizes do Sistema Único de Saúde e que as condições de trabalho nos serviços básicos ofereciam possibilidades para um atendimento médico de qualidade.

Os investimentos na área de saúde resultaram numa rede de unidades básicas bem-equipadas, com condições físicas e materiais. O atendimento médico foi

---

<sup>9</sup> O município foi administrado pelo Partido dos Trabalhadores de 1982 até 1996. Essa continuidade é interrompida, como veremos com mais detalhes adiante, nas eleições municipais de 1996.



organizado com a idéia de oferecer à população uma atenção de boa qualidade, e não apenas de oferecer pronto-atendimento nas intercorrências (Diadema, 1993).

A política de recursos humanos buscou a valorização dos médicos através de reciclagens, atualizações, treinamentos em serviço, e de uma política salarial que mantinha os salários em níveis compatíveis com o mercado e, até, em alguns momentos, acima do mercado (Diadema, 1993).

Neste município, pelas condições de trabalho oferecidas e pela orientação da administração, ocorria o cumprimento da jornada contratual de trabalho e de algumas regras institucionais por parte dos médicos, o que também o diferenciava da maioria dos serviços públicos.

Somando-se aos aspectos anteriores, o município atravessava, na época de realização deste estudo, uma crise financeira. Os custos crescentes do sistema de saúde colocavam em discussão o modelo de atenção implantado. A partir de julho de 1995, houve uma mudança na direção da Secretaria de Saúde e se iniciou um processo de reorganização do modelo de atenção, tornando o momento particularmente favorável à reflexão e análise do trabalho desenvolvido nas unidades. Essas características permitiram considerar Diadema como um município que reunia condições bastante favoráveis à realização da investigação, possibilitando aprofundar a discussão sobre o trabalho médico em unidades básicas.

Este estudo não foi desenhado para uma específica avaliação de efetividade dos serviços ou para uma específica avaliação da adequação do modelo de atenção implantado em Diadema. Trata-se, antes, de um estudo exploratório, que tomou esse município como local onde, estando garantidas determinadas condições, tornou possível investigar o trabalho médico em unidades básicas de forma a iluminar aspectos importantes para o gerenciamento desse trabalho.

Pela relevância e peculiaridade da experiência de Diadema, é interessante a realização posterior de outros estudos projetados especificamente para sua avaliação.

### 3.1. O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA DE CAMPO

O trabalho de campo foi realizado entre janeiro e julho de 1996 e contou com o apoio institucional da Secretaria de Saúde, que se mostrou interessada na pesquisa e facilitou o acesso a todos os dados e documentos existentes, bem como às unidades de saúde, firmando-se um compromisso de devolução dos resultados da pesquisa. Para a caracterização da estrutura e organização do trabalho médico foram utilizados documentos da Secretaria de Saúde, relatórios de Conferências municipais, avaliações e pesquisas produzidas pelos serviços, mais observação direta e entrevistas com os gerentes.

Julgamos importante para a análise dos depoimentos, uma vez que eles possuem especificidade histórica, reconstruir a história da organização dos serviços de saúde em Diadema<sup>10</sup>. A falta de material escrito que permitisse essa reconstrução, exigiu que entrevistássemos a ex-secretária municipal de Saúde, que participou desde 1982 da elaboração e implantação do projeto de saúde, e esteve no cargo de secretária de Saúde do final de 1988 até julho de 1995. Foram também solicitadas informações adicionais aos outros gerentes entrevistados que de alguma maneira participaram desse momento histórico.

Como não interessava apenas caracterizar a política institucional, mas principalmente a implementação dessa política, entrevistamos diversos gerentes do nível central e local da Secretaria.

Com a ajuda dos gerentes do nível central, foram selecionadas cinco unidades para observação e entrevistas dos gerentes locais. Os critérios de seleção visavam contemplar as diversas regiões da cidade e os serviços com diferentes características de organização (ver mapa - anexo 1).

Foram dez os gerentes entrevistados: o secretário de Saúde, o secretário adjunto, os assessores dos Programas da Criança, da Mulher e do Adulto e os gerentes das unidades do Jardim Inamar, Promissão, Parque Real, Paineiras e Serraria. A entrevista com os assessores se justificava por serem eles de fato, até

---

<sup>10</sup> Vale salientar, no entanto, que o período de análise do estudo se refere ao primeiro semestre de 1996.

julho de 1995, os responsáveis pela organização do trabalho médico nas unidades, como veremos com mais detalhes adiante.

Após as entrevistas com os gerentes locais, cada uma das unidades foi observada por um período de quatro a oito horas, com o objetivo de caracterizar melhor suas diferenças e semelhanças em relação à demanda, ao funcionamento, à organização do processo de trabalho. Assim, em conjunto com as informações fornecidas pelos gerentes, fez-se a seleção de três unidades, julgadas representativas das diferentes unidades básicas de Diadema, de onde foram escolhidos os médicos a serem entrevistados.

Foram selecionadas as seguintes unidades: Jardim Inamar; Promissão e Serraria. Todas possuíam alta demanda, mas se diferenciavam quanto à organização interna do processo de trabalho, ao envolvimento da direção local e dos funcionários com as propostas de mudança da Secretaria e a uma maior ou menor intervenção da direção local na organização do processo de trabalho da unidade e do trabalho médico<sup>11</sup>.

Para os gerentes das unidades selecionadas solicitamos uma caracterização dos médicos do serviço quanto à aderência às propostas institucionais, ao envolvimento e qualidade do seu trabalho, relação com a clientela etc., com a finalidade de permitir a seleção dos médicos a serem entrevistados.

Somente foram entrevistados médicos com pelo menos dois anos de trabalho na unidade e a seleção teve como critério a escolha de profissionais com diferentes características em relação aos itens acima.

O critério central para a seleção dos entrevistados, tanto médicos quanto gerentes, foi a busca da diversidade, uma vez que interessava apreender a complexidade da situação e as diferentes concepções existentes, buscando assim a heterogeneidade, e não a homogeneidade de características dos indivíduos.

Foram entrevistados oito médicos - quatro pediatras, três ginecologistas e um clínico. Todos os selecionados eram estáveis e estavam na unidade havia pelo menos quatro anos. A pretensão era ampliar o número de clínicos, porém a percepção de um certo esgotamento dos temas nas entrevistas realizadas, tendo em

---

<sup>11</sup> Uma pequena descrição das unidades será apresentada após a caracterização do município de Diadema.

vista os objetivos do estudo, pareceu definir esse número como suficiente. A suficiência seguiu então o critério de “exaustão” ou “saturação”, segundo o qual verifica-se a formação de um todo e reconhece-se a reconstituição do objeto no conjunto do material coletado (Schraiber, 1995).

As entrevistas foram precedidas de uma conversa para nos apresentar, esclarecer a finalidade do trabalho e solicitar a concordância do profissional em participar da pesquisa, sendo-lhe assegurada a condição confidencial do relato. Nenhum dos profissionais selecionados se recusou a participar da pesquisa.

As entrevistas duraram de uma a duas horas, sendo todas gravadas e posteriormente transcritas. Com o apoio institucional, cancelou-se parte da agenda de atendimento do médico, a fim de permitir a realização das entrevistas durante o horário e no local de trabalho, o que contribuiu para sua execução e facilitou o envolvimento do entrevistado na temática.

Segundo Minayo, “a pesquisa social trabalha com gente, com atores sociais em relação(...) Esses sujeitos de investigação, primeiramente, são construídos teoricamente enquanto componentes do objeto de estudo. No campo, fazem parte de uma relação de intersubjetividade, de interação social com o pesquisador. (...) Tanto o pesquisador quanto o entrevistado interferem dinamicamente no conhecimento da realidade, e esse encontro entre duas subjetividades (...) é, ao mesmo tempo, rico, problemático e conflitivo” (Minayo, 1993:124).

A entrevista não é simplesmente um trabalho de coleta de dados, pois as informações dadas pelos sujeitos podem ser profundamente afetadas pela natureza de suas relações com o entrevistador (Minayo, 1996). O fato de a entrevistadora ser médica e também gestora de unidade básica parece ter sido um fator facilitador, por partilhar linguagens e vivências semelhantes, para a colaboração e a participação dos entrevistados.

Ao contrário da visão que valoriza a imparcialidade do pesquisador, o uso cuidadoso de uma linguagem precisa e o controle rígido de atitudes corporais e fisionômicas, o envolvimento do entrevistado com o entrevistador pode não ser tomado como comprometedor da objetividade, mas como condição de aprofundamento: “Assume-se que a inter-relação no ato da entrevista contempla o

afetivo, o existencial, o contexto do dia a dia, as experiências e a linguagem do senso comum, e é condição 'sine qua non' do êxito da pesquisa qualitativa" (Minayo, 1993,124).

Optamos por entrevistas semi-estruturadas, com um roteiro de questões, em que as intervenções se faziam no sentido de abrir o campo de explanação do entrevistado. Segundo Minayo (1993), essas são mais adequadas quando se trata de apreender os sistema de valores e normas e compreender as relações de determinado grupo social.

A estratégia utilizada, após a aplicação de um pré-teste, foi a de buscar gradativamente um aprofundamento da temática. O roteiro de entrevista partia de questões mais gerais de identificação do profissional, com dados de formação, especialização e locais de trabalho, e passava a uma descrição das atividades, para depois entrar em questões opinativas e valorativas. As descrições são importantes, pois também revelam concepções prévias do entrevistado (Mendes-Gonçalves, 1986).

O roteiro de entrevistas com os gerentes continha, então, uma parte descritiva em que se procurava caracterizar a organização do trabalho médico nas unidades, sua relação com o modelo de atenção e o gerenciamento desse trabalho - e uma parte opinativa - em que se estimulava o entrevistado a avaliar o trabalho realizado pelos médicos, a falar sobre as dificuldades no gerenciamento desse trabalho e a discorrer sobre eventuais propostas de mudança (Anexo 2).

O momento de realização da entrevista com os médicos foi particularmente revestido de cuidados para a criação de um ambiente de interação favorável com o entrevistado, buscando-se compartilhar uma cooperação e uma reflexão. No final, alguns médicos se mostraram surpresos com suas próprias considerações e acharam gratificante a possibilidade, propiciada pela entrevista, de refletirem sobre seu trabalho.

O roteiro de entrevistas com os médicos também continha questões descritivas sobre o trabalho e as atividades que desenvolviam na unidade e questões opinativas e valorativas, que partiam, inicialmente, de aspectos mais gerais sobre o trabalho em Diadema, comparando-o com os outros locais, para depois refletir sobre

o trabalho na unidade básica. Solicitava-se a opinião sobre as dificuldades e os pontos positivos do trabalho em unidade básica, bem como sobre o controle desse trabalho e as mudanças que julgavam necessárias, aprofundando-se então em direção à dimensão interna da consulta.

A parte final da entrevista com os médicos buscava refletir sobre a dimensão interna da consulta, o atendimento realizado, sua adequação na resolução da demanda que chegava à unidade, o vínculo e responsabilidade com a clientela. Como esses temas apresentavam maior resistência em se revelar, pela próprio viés corporativo, estimulava-se o entrevistado a opinar sobre essas questões, primeiro de uma forma genérica nos serviços de Diadema, para depois localizá-las em seu trabalho específico, através da solicitação de relatos de casos em que o profissional encontrava dificuldades para uma adequada resolução ou considerava bem equacionados e resolvidos (Anexo 3).

O momento de realização da pesquisa, coincidente com mudanças na organização da Secretaria, mostrou-se particularmente rico, facilitando a exposição de opiniões, dúvidas e conflitos, e propiciando uma melhor captação das concepções a respeito do trabalho em unidade básica.

### **3.2. A ANÁLISE DAS ENTREVISTAS**

Na análise, levamos em conta a noção de que “o campo não é transparente e tanto o pesquisador como os atores, sujeitos-objetos da pesquisa, interferem dinamicamente no conhecimento da realidade” (Minayo, 1993:107).

Em toda entrevista as informações são controladas pelo entrevistado, que revela apenas o que lhe convém e oculta o que deseja, por isso, é necessário não ficar apenas na aparência, sendo importante ultrapassar o imediato dado.

As entrevistas foram ouvidas e depois transcritas, lidas e relidas várias vezes, buscando-se uma “impregnação” do material, de maneira a possibilitar uma

apreensão da totalidade do conteúdo de cada depoimento para posterior fragmentação.

Considerando que a fala é consubstanciada em meio a um discurso de interação, cada entrevista teve uma análise interna, na qual, além do material verbal, das coerências e incoerências presentes no discurso, levaram-se em conta as anotações feitas após cada entrevista, percepções de atitudes não-verbais que demonstrassem discordância com o verbal, dificuldades e resistências em abordar determinados temas resultando num entendimento mais global de cada depoimento.

Após essa etapa, o material de cada uma das entrevistas foi dividido por temas, comparando-se posteriormente todas elas, pois é a partir do seu conjunto que se torna possível compor um quadro geral. O material coletado foi bastante rico e permitiria outras análises, mas a realizada foi a que nos pareceu mais adequada a finalidade do trabalho.

O material das entrevistas dos gerentes e dos médicos foi agrupado em três grandes blocos temáticos para análise:

- 1- A organização do trabalho médico nos serviços de saúde: procurando-se analisar as concepções de unidade básica e de assistência que norteavam a organização desse trabalho; também a relação com os demais trabalhos e atividades da unidade;
- 2- O gerenciamento do trabalho médico: procurando-se identificar em que dimensão do trabalho médico havia uma atuação gerencial, analisar os mecanismos e instrumentos de gestão, as diretrizes e concepções que norteavam o gerenciamento desse trabalho;
- 3- A consulta médica: procurando-se analisar a que demanda respondia o atendimento oferecido, as concepções que orientavam a realização dessa consulta, a escuta, a responsabilização e o vínculo estabelecido com o paciente.

O material das entrevistas com os médicos foi agrupado ainda em dois outros temas: o trabalho em Diadema e o trabalho em unidades básicas de saúde. O material das entrevistas com os gerentes foi utilizado também na caracterização do município.

A análise dos depoimentos foi conduzida pelos conceitos teóricos e pressupostos explicitados na primeira parte deste estudo que, não foram recortados

na sua totalidade de antemão, antes do início do trabalho de campo, mas construídos no decorrer da pesquisa. A análise das entrevistas procurou relacionar a organização do trabalho e as intervenções gerenciais à problemática identificada pelos entrevistados.

O material empírico não foi analisado em relação a cada unidade, mas em conjunto. As determinações da Secretaria na estruturação e organização do trabalho médico e também no seu gerenciamento eram dominantes em relação às locais, não havendo ainda, no momento da pesquisa, diferenças significativas na organização desse trabalho em cada uma das unidades.

Os resultados das entrevistas dos gerentes e dos médicos são apresentados em separado. Na apresentação dos depoimentos dos gerentes, julgamos importante a identificação apenas do nível gerencial dos entrevistados - nível central, assessores de programas e gerentes de nível local - não se identificando individualmente cada depoimento.

Os trechos de entrevistas selecionados para apresentação foram os considerados mais representativos da dimensão abordada. Às vezes ocorreu a apresentação de falas com sentido muito semelhante, quando importava ressaltar as evidências. Também foi necessário em alguns momentos editar trechos das falas dos entrevistados, reunindo as que ocorreram em momentos diferentes ou cortando as que abordavam mais de uma dimensão simultaneamente.

Vale assinalar que os depoimentos dos gerentes também serviram, como já mencionado para a caracterização da política de saúde e dos serviços de Diadema.

## 4. O MUNICÍPIO DE DIADEMA

---

### 4.1. CARACTERIZAÇÃO

Diadema é um município da região metropolitana de São Paulo, emancipado de São Bernardo do Campo em 1960, com uma população de cerca de 320 mil habitantes (SEADE, 1994). A sua principal atividade econômica é a indústria. Inúmeras empresas de médio e pequeno porte ligadas ao setor de autopeças se instalaram no município em decorrência de uma política de incentivo fiscal, atraindo um número significativo de trabalhadores (Souto et al., 1995).

A sua localização próxima a grandes pólos industriais tornou o município uma opção de moradia também para os trabalhadores não especializados dessas indústrias, o que, associado à remoção de favelas de São Paulo, desalojadas pela construção da rodovia dos Imigrantes, levou a um grande incremento populacional nas décadas de 60 e 70, chegando a apresentar uma taxa de crescimento anual de 20,4% nos anos 60 (Souto et al., 1995).

A ocupação territorial ocorreu de forma desordenada, sem planejamento, sem nenhuma infra-estrutura urbana, sem água, esgoto ou coleta de lixo. As condições precárias de moradia e de saneamento básico eram responsáveis, no final da década de 70, por uma mortalidade infantil de 94,8 por mil nascidos vivos (Saúde, 1996).

Segundo dados do Censo de 1991, Diadema era o município que possuía a maior proporção de domicílios em favelas do Estado de São Paulo. A renda média de 70% da população girava em torno de um a cinco salários mínimos e quase um quarto da população morava em favelas - núcleos habitacionais - com condições precárias de infra-estrutura (Diadema, 1994).

Do ano de 1982 até o ano 1996<sup>12</sup> o município foi administrado por governos ligados ao Partido dos Trabalhadores. Durante esse período houve três gestões: a primeira de 1982 a 1988, a segunda de 1988 a 1992 e a terceira de 1992 a 1996. Na época de realização desta pesquisa já havia, portanto, uma continuidade administrativa de cerca de catorze anos, com prioridade de investimentos na área social e na infra-estrutura urbana.

Durante esse período foram realizadas obras de urbanização das favelas com demarcação de lotes, fornecimento de água, esgoto, iluminação, drenagem de águas pluviais, construção de escadarias e obras de contenção de morros em 194 núcleos habitacionais.

A rede de serviços de saúde e educação foi ampliada. A porcentagem, de crianças menores de 5 anos matriculadas na rede municipal de ensino passou de 8,7% na década de 80 para 50% na década de 90, quando o número de escolas municipais aumentou de 17 para 31. A mortalidade infantil de 82,9 por mil nascidos vivos na década de 80 caiu para 28,4 por mil nascidos vivos no início da década de 90. A tabela abaixo demonstra a variação de cobertura de alguns serviços urbanos entre a década de 80 e 90 (Souto, et al., 1995).

**TABELA 1**

**PORCENTAGEM DE COBERTURA DE ALGUNS SERVIÇOS URBANOS NAS DÉCADAS DE 80 E 90 NO MUNICÍPIO DE DIADEMA - SP**

<b>SERVIÇOS URBANOS</b>	<b>DÉCADA DE 80 (%)</b>	<b>DÉCADA DE 90 (%)</b>
<b>Pavimentação de ruas</b>	15	96
<b>Iluminação pública</b>	68	99
<b>Coleta de lixo</b>	-	98,4
<b>Rede de água</b>	30	97,1
<b>Rede de esgoto e fossa</b>	25	78,1

Fonte: Souto et al., 1995

<sup>12</sup> Nas eleições municipais de 1996, o Partido dos Trabalhadores perdeu a administração municipal para Partido Socialista Brasileiro (PSB).

Uma avaliação sobre o desempenho administrativo de municípios em 1995, elege como bom o de Diadema. Os indicadores sociais, particularmente aqueles de responsabilidade municipal, evidenciavam, segundo Souto et al. (1995), a capacidade do governo em melhorar as condições e a qualidade de vida dos cidadãos.

## 4.2. A POLÍTICA DE SAÚDE

A situação de saúde do município, em 1982, quando o Partido dos Trabalhadores assumiu o governo, era precária, com uma alta taxa de mortalidade infantil e de mortes por doenças infecto-parasitárias. O sistema de saúde municipal, com oito pequenos postos de puericultura e um pronto-socorro, praticamente inexistia.

Os postos de puericultura funcionavam em pequenas casas alugadas, com alguns poucos atendentes de enfermagem, com um ou dois profissionais médicos, não necessariamente pediatras, que atendiam em média de trinta a quarenta crianças num período de uma ou duas horas (Diadema, 1991).

O atendimento no pronto-socorro era de baixa qualidade e resolutividade, estimando-se que cerca de 80% dos casos eram encaminhados para a rede privada. Além desses serviços, havia no município um centro de saúde do Estado e três hospitais privados conveniados com o INAMPS, que respondiam pela maior parte dos atendimentos (Diadema, 1991).

Conforme documento de governo da gestão de 1982-1988, a área de saúde foi considerada prioritária, assumindo-se como diretriz o dever de garantir a atenção à saúde da população e o compromisso com a implantação do Sistema Único de Saúde.

“Considerando como objetivo maior a construção de um sistema de saúde que responda de forma mais adequada às necessidades já existentes, em que se quebre a dicotomia entre o público e o privado, partindo para a hegemonia do

Estado enquanto prestador de serviços, defendemos a construção de um Sistema Único de Saúde, integrado e regionalizado, que se comprometa com o atendimento universal, com a hierarquização dos serviços, com poder de resolutividade e a qualidade do atendimento e com uma política adequada de formação e remuneração dos recursos humanos, tendo como referência o município na organização desse sistema (municipalização dos serviços de saúde )” (Diadema, s.d.).

No primeiro período de governo<sup>13</sup>, a prioridade foi a organização da rede assistencial existente, transformando os postos de puericultura em unidades de saúde. Realizaram-se investimentos para reformar a rede física, ampliando o número de consultórios e equipando as unidades. O horário de funcionamento foi estendido até as 22 horas, implantou-se atendimento nos finais de semana e desenvolveu-se um programa de capacitação de pessoal para oferecer um atendimento de melhor qualidade. As consultas passaram a ser agendadas com hora marcada, no limite máximo de 16 por período de quatro horas, para cada profissional (Diadema, s.d.).

As diretrizes para as unidades básicas eram assim expressas:

“Devem ficar o mais próximo possível do cidadão, de acesso fácil e com condições de resolver a maior parte das solicitações (...) devem ter também como responsabilidade a socialização dos conhecimentos de saúde, de tal forma que usuários e funcionários possam ter uma visão crítica sobre as doenças e suas causas e sobre o modelo de assistência médica que se tem e sua adequação à realidade, (..) devem oferecer um atendimento mesmo que tenha limitações, de qualidade” (Diadema, s.d.).

Como o município apresentava, nesse período, uma alta taxa de mortalidade infantil e uma população de quase 43% abaixo dos 15 anos de idade, a prioridade assistencial foi a implantação da atenção à criança. Contrataram-se pediatras e o

---

<sup>13</sup> Apesar de nesta análise assinalarmos as diferentes prioridades que orientaram a organização dos serviços de saúde durante as três gestões de administração petista do município, queremos ressaltar que, na área de saúde, identificamos uma continuidade desde 1982 até julho de 1995. Os dirigentes centrais da Secretaria de Saúde foram os mesmos durante todo esse período e os serviços de saúde foram organizados dentro de um mesmo modelo de atenção. Essa continuidade foi interrompida por uma crise política que ocorreu no governo, na terceira gestão, resultando numa mudança da equipe gerencial da Secretaria e na proposta do modelo de atenção a partir de julho de 1995. O cargo de secretário de Saúde foi ocupado na primeira gestão pelo Dr. José Augusto da Silva Ramos. A Dra. Maridite Cristovão G. de Oliveira ocupou esse cargo na segunda gestão e na terceira até julho de 1995. A partir de então o cargo foi ocupado pelo Dr. Rodolpho Repullo Júnior

atendimento foi organizado num programa, com ficha de acompanhamento, normas para as consultas médicas, ações de enfermagem e grupos de orientação. Depois foram implantados os atendimentos à mulher e ao adulto.

No final desse primeiro período administrativo, os postos de puericultura, já transformados em postos de saúde, funcionavam em três turnos e aos sábados e domingos, e possuíam um trabalho estruturado na área da criança e da mulher e um inicial de clínica médica (Dra. Maridite).

No segundo período de governo, de 1989 a 1992, a prioridade setorial foi o rompimento dos limites físicos dos serviços, com a construção de uma rede própria de unidades. O objetivo central desse período foi buscar respostas às necessidades assistenciais da população, conforme depoimento da então secretária de Saúde: “Ou o serviço público conseguia se impor e dar respostas eficientes e de qualidade, ou ninguém iria brigar por serviço público, (...) nós tínhamos que dar respostas assistenciais (...) trabalhar as ações preventivas junto com a rede assistencial senão não nos colocaríamos na vertente que o próprio SUS defende” (Dra. Maridite).

Até 1988 haviam sido construídas três unidades básicas. A meta desse segundo período foi a construção de uma unidade básica para cada 15 a 20 mil habitantes e a montagem de um sistema de atendimento de urgências, funcionando 24 horas, em quatro regiões da cidade. No final de 1992 já haviam sido construídas 13 unidades de grande porte, onde, além das áreas básicas de criança, mulher e adulto, foi incorporada a área de saúde bucal. Foi um período de grande expansão dos serviços, favorecido pela entrada de recursos financeiros no setor provenientes das Ações Integradas de Saúde (Diadema, 1992).

Duas unidades, localizadas em bairros mais distantes do centro da cidade, foram construídas com um pronto-socorro acoplado. Implantou-se um núcleo de especialidades, um laboratório de análises clínicas e o ambulatório de saúde mental, aumentando-se, assim, a capacidade resolutive do sistema de saúde municipal (Diadema, 1993).

Em 1989, com o rompimento do convênio dos hospitais privados com o INAMPS, a cidade, que dispunha de 540 leitos hospitalares, ficou sem nenhum leito. Em 1990, através de mobilização popular, o hospital que pertencia à Sancel, tornou-se um hospital municipal geral com cem leitos, pronto-socorro, maternidade

e centro cirúrgico. Em 1992 foi inaugurado um hospital infantil com quarenta leitos (Diadema, 1993).

Os investimentos realizados na nesse período podem ser percebidos pelos dados da tabela abaixo:

**TABELA 2**

**PORCENTAGEM DE AMPLIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE, SEGUNDO ALGUNS PARÂMETROS, ENTRE OS ANOS DE 1988 A 1992 - DIADEMA - SP**

PARÂMETROS	1988	1992	AMPLIAÇÃO(%)
Área construída (m <sup>2</sup> )	1590	8674	445
Unidades básicas próprias	3	13	333
Consultórios	31	120	287
Recursos humanos	611	2036	233

Fonte: Diadema, 1993

No terceiro período de governo essas diretrizes se mantêm até 1995. A Secretaria de Saúde de Diadema contava no final desse período com quinze unidades básicas, sendo duas mistas, acopladas a um pronto-socorro. Todas, com exceção de uma, eram de construção recente. Havia ainda um pronto socorro central com trinta leitos de retaguarda, dois ambulatórios de especialidades, um hospital infantil e um hospital geral com pronto socorro. Estimava-se que a rede era responsável por 90% da demanda por serviços de saúde (Diadema, 1996a).

O grande problema nesse período era a insuficiência de serviços especializados e de leitos hospitalares. A capacidade instalada da rede básica, com uma unidade de saúde para cada 20 mil habitantes, foi considerada adequada às necessidades do município. O número de atendimentos em 1995 foi de 1.450.000 consultas médicas, 112.000 consultas odontológicas, 15.000 internações e 3.500 partos. A média de consultas médicas por habitantes girou em torno de 4,5 consultas/ano, sendo a média do Estado de 2,8 consultas/ano. Estimava-se em 100% a cobertura de pré-natal, 96% das crianças estavam com carteira de vacinação em dia e o índice de CPOD (média de dentes cariados, perdidos e obturados) de crianças até 12 anos foi de 2,4 superando a meta da OMS para o ano 2000 (Diadema, 1996a)

Pesquisa de opinião pública realizada pelo Instituto Gallup em junho de 1995 demonstrava que 75% da população de Diadema havia utilizado os serviços municipais e 56% os serviços das unidades básicas nos últimos seis meses. Em torno de 78% da população considerava ótimo ou bom os serviços de saúde em Diadema. A preocupação com saúde estava em quinto lugar, ao contrário do primeiro lugar que ocupava em outras grandes cidades.

Os investimentos na área de saúde continuaram a crescer no terceiro período de governo, como pode-se observar no quadro abaixo:

**QUADRO 1**

INVESTIMENTOS MUNICIPAIS EM SAÚDE POR HABITANTE ENTRE OS ANOS DE 1989 A 1995 - DIADEMA - SP							
ANOS	89	90	91	92	93	94	95
Habitantes/ anos (R\$)	19,00	61,00	68,00	65,00	92,00	130,00	143,00*

Fonte: Diadema 1996

\*Estimativa

Em 1995, consolida-se uma crise no financiamento dos serviços de saúde. Os recursos destinados à saúde, somando-se os municipais com o de outros níveis de governo, correspondiam a 27,5% do orçamento, sendo 75% deles provenientes do governo municipal, 25% do governo federal e 1% do governo estadual, o que correspondia a 19,02% do Tesouro Municipal. Desse montante, 80% eram gastos com folha de pessoal e 20% com custeios e investimentos (Diadema, 1996a).

Considerava-se que os recursos da Secretaria Municipal seriam insuficientes para as necessidades do sistema de saúde. A crise no financiamento era reflexo da dificuldade geral que atravessava todo o setor de saúde. Isso implicava uma maior participação dos recursos municipais nos gastos em saúde.

O município entrou em gestão semi-plena<sup>14</sup> em 1994, quando então 40% dos gastos eram bancados por recursos provenientes do governo federal. Os recursos da esfera federal se mantiveram praticamente no mesmo patamar e, com o aumento dos

<sup>14</sup> São três as condições de gestão para os municípios: incipiente, parcial e semi-plena. A portaria do Ministério de Saúde n. 545, estabelece as normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica- SUS 01/93, sendo que na condição de semi-plena o município assume o controle total da gestão do sistema de saúde, com repasse direto do financiamento

custos do sistema devido à inflação, à ampliação de alguns serviços e ao reajuste do funcionalismo, passaram a responder por apenas 25% dos gastos (Diadema, 1996a).

A crise orçamentária, segundo os dirigentes da Secretaria seria agravada pelo modelo assistencial implantado em Diadema, voltado a oferecer atendimento médico individual à demanda espontânea da população, não se desenvolvendo, durante os últimos anos, programas de ações coletivas e atividades de vigilância à saúde.

Pela avaliação existente, na época, esse modelo levava a um acúmulo de profissionais de saúde, principalmente de médicos, e a gastos crescentes com assistência, medicamentos, sem que houvesse alteração significativa na situação de saúde e da morbimortalidade da população. Quando da realização deste trabalho não existiam dados disponíveis que pudessem caracterizar historicamente a situação de morbimortalidade no município.

No primeiro semestre de 1995 ocorreu uma crise partidária, atingindo o governo municipal. Em julho, essa crise acarretou mudança na direção da Secretaria de Saúde, que, então, levou a exoneração de diretores, assessores e coordenadores, renovando praticamente toda a equipe gerencial. A partir daí, a prioridade da área da saúde, orientada pela perspectiva de corte de gastos, passou a ser a rediscussão do modelo assistencial e o redimensionamento dos gastos, conforme documento da III Conferência Municipal:

“Discutem-se maneiras de substituição do atual modelo de atenção, centrado no atendimento individual pelo profissional de saúde, por formas onde seja priorizada a vigilância à saúde, isto é, onde o foco de atenção deixa de ser a consulta individual e o tratamento da doença, passando a ser a atuação na área de risco à saúde, evitando que haja a doença, sem deixar de atendê-la caso venha a ocorrer. Rompendo com a tradição que restringe a atuação das unidades aos problemas identificados pela população, que se traduz no pronto atendimento à demanda espontânea por consultas médico-odontológicas, cada UBS passa a estabelecer uma relação de responsabilidade com um determinado território e sua população, reconhecendo suas condições de vida e, conseqüentemente, os determinantes dos problemas que impedem seu acesso à saúde” (Diadema, 1996a).

Foi criado o Grupo de Contenção de Gastos, formado de representantes de todos os níveis gerenciais, para estudar medidas que diminuíssem as despesas da Secretaria Municipal de Saúde (Diadema, 1996b).

### 4.3. A POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS E OS MÉDICOS

Quando se iniciou a administração petista, o quadro de pessoal existente nos serviços de saúde restringia-se a alguns médicos, não necessariamente com especialização em pediatria, e a algumas atendentes de enfermagem e de recepção, todos contratados por indicação política, sem concurso público. O nível salarial era baixo, mas também não se exigiam qualidade de trabalho nem o cumprimento de horário contratual (Dra. Maridite).

A prioridade, então, foi a contratação de médicos, num primeiro momento pediatras, através de seleção por curriculum e entrevistas. A disponibilidade de cumprir uma jornada de trabalho de quatro horas diárias e o compromisso de ajudar a organizar o serviço de saúde eram as exigências para a contratação. Além dos médicos, foram contratados, nessa primeira gestão, pessoal auxiliar e algumas enfermeiras, com o objetivo de introduzir-se a pré e pós-consulta e o atendimento de enfermagem. Não foram contratados, inicialmente, outros profissionais universitários. A prioridade da administração foi a lotação de médicos e demais profissionais envolvidos na produção da atenção médica.

A política de recursos humanos tinha como diretriz: “Envolvimento de cada funcionário, de forma a obter o seu comprometimento com a proposta apresentada: a de organização dos serviços de saúde de boa qualidade e eficiência e a relação serviço-população (...) trabalhamos no sentido de ter o profissional de saúde como agente de mudanças” (Diadema, s.d.).

Desde o início a política salarial da administração petista foi garantir um nível salarial competitivo com o mercado, de forma a atrair e manter bons profissionais. “O nosso entendimento enquanto dirigente de saúde é que o salário

não podia ser a discussão mais importante, ele tinha que ser resolvido para que, a partir daí, a gente discutisse outras coisas, essas sim, motivadoras para o profissional. Toda a nossa discussão foi nesse sentido, manter um salário compatível com o mercado para poder atrair bons profissionais” (Dra. Maridite).

Essa política salarial vinha se mantendo, até 1996, estando os salários de Diadema, particularmente o dos médicos, que tiveram aumento diferenciado dos demais funcionários, entre os melhores da região metropolitana de São Paulo (Diadema, 1996b).

Quanto aos médicos, considerados imprescindíveis para funcionamento do sistema de saúde, a atuação da administração foi diferenciada, não apenas no aspecto salarial, mas também na sua valorização: “é um profissional de larga formação, que tem uma responsabilidade grande no sistema e ele era valorizado, (...) no sentido que essa valorização aumentava a responsabilidade dele” (Dra. Maridite).

No começo da administração petista, estabeleceu-se como objetivo “trabalhar a formação e discutir com os médicos através de reuniões periódicas a questão ideológica do serviço público, (...) a questão da política de saúde, o que significava serviço público (...) qual a população de Diadema, as características que possuía (...), trabalhar no sentido de sensibilizar os profissionais para perceber que aquele cidadão tinha um recorte social e econômico (..), buscando desenvolver (..) o envolvimento e compromisso desse profissional” (Dra. Maridite).

Outra diretriz da Secretaria foi o investimento em cursos, treinamentos e reciclagens específicas para médicos e pessoal de enfermagem, visando melhorar a qualidade de atuação desses profissionais. Instituíram-se reuniões mensais, no nível central da Secretaria, por categoria profissional pediatras, ginecologistas, clínicos, enfermeiras para a realização de discussões técnicas, atualizações e organização dos programas de atendimento (Dra. Maridite).

Com a contratação de pessoal a partir de 1988, apenas através de concurso público, aumentaram as dificuldades para a seleção de profissionais adequados às necessidades dos serviços. O concurso não garantia a seleção de profissionais com o perfil esperado, aprovando muitas vezes, na opinião da Dra. Maridite, especialistas em concurso público. “Ele vinha para fazer um concurso, para ter um emprego e um emprego garantido no serviço público (...) sem uma preocupação de

qual era a proposta de trabalho (...). O profissional aprovado no concurso e que tinha alguma identificação com o trabalho era uma minoria” ( Dra. Maridite).

A falta de agilidade administrativa para garantir o pessoal necessário à ampliação dos serviços, através de concursos, levou à contratação de emergência, que, por ser temporária, tornava ainda mais difícil um trabalho de formação e qualificação para as necessidades do serviço, ocorrendo com frequência problemas em relação ao envolvimento profissional e à qualidade do serviço prestado.

“Com a ampliação dos serviços e do número de profissionais, foi difícil manter a mesma sistemática de trabalho. As reuniões nas unidades deixaram de ser realizadas, mantendo-se apenas as do nível central, mais centradas em questões técnico-científicas e de organização dos programas de atendimento” (Dra. Maridite).

Outras estratégias, então, foram utilizadas para estimular o envolvimento dos médicos com o serviço, tais como: a possibilidade de trabalhar tempo integral ou aumentar a carga horária no município (32 horas; 40 horas); opção de ter parte das atividades desenvolvidas na unidade básica e parte no hospital, pronto-socorro, ambulatório de especialidades ou na maternidade; a possibilidade de os médicos contratados para atendimento geral (pediatria, gineco-obstetrícia ou clínica), mas com formação especializada, exercerem sua especialidade em parte da jornada de trabalho. A inserção dos profissionais em diferentes níveis do sistema, vivenciando as dificuldades dos vários serviços, tinha também como objetivo facilitar uma integração entre os níveis de atenção.

Na opinião da Dra. Maridite, essa política de recursos humanos promoveu maior fixação dos profissionais no município. Apesar da exigência e do cumprimento de fato da carga horária, a rotatividade de médicos no município sempre foi menor do que a observada na rede em geral. Cerca de 40% dos médicos trabalhavam no município havia mais de cinco anos.

O número de funcionários da Secretaria de Saúde continuou a crescer na terceira gestão e, no final de 1995, estava em torno de 2.336, correspondendo a 38% do total de servidores do município. A tabela abaixo demonstra as contratações realizadas, nos três períodos de governo:

**TABELA 3****QUADRO COMPARATIVO DE ALGUMAS CATEGORIAS FUNCIONAIS DA SECRETARIA DE SAÚDE NOS TRÊS PERÍODOS DE GOVERNO - DIADEMA - SP**

CATEGORIAS	1983	1987	1995
Médicos	33	103	500
Enfermeiras	3	13	70
Atendentes/Auxiliares	36	100	800
Dentistas	-	-	70
Psicólogos	-	-	20
Assistente Social	-	-	20
Outros níveis superiores	-	-	80
<b>TOTAL</b>	<b>72</b>	<b>216</b>	<b>1560</b>

Fonte: Diadema s.d.; Diadema, 1996<sup>a</sup>

Pode-se notar a concentração em duas categorias profissionais: médicos e pessoal de enfermagem, indicando uma centralidade na organização dos serviços de Diadema, da oferta de atendimento médico.

A crise financeira provocou discussão sobre a necessidade de manutenção desse número de funcionários, principalmente de médicos. O número de médicos, um para cada 650 habitantes, acima do padrão preconizado pela OMS, foi considerado excessivo. O Grupo de Contenção de Gastos, criado na Secretaria de Saúde a partir de julho de 1995, fez um estudo para adequar o número de funcionários às necessidades de serviço e indicar o local e a quantidade de cortes necessários. O número de profissionais, em junho de 1996, caiu para 2.036 (Diadema, 1996a).

Historicamente foi se constituindo uma distribuição desigual dos médicos, alocados, muitas vezes, sem um estudo das necessidades, mas como resposta à pressão e à reivindicação da população, entre as várias unidades de saúde e as várias áreas de atenção. O número de pediatras era considerado excessivo, enquanto o número de clínicos insuficiente para as necessidades de atenção ao adulto.

Apesar desse diagnóstico, a forma encontrada para a redução do pessoal foi a não-renovação dos contratos temporários, sendo dispensados apenas os profissionais em contrato de emergência, o que manteve as distorções existentes.

O número de clínicos, que já era insuficiente, sofreu proporcionalmente um corte maior que os pediatras. Como o programa de atenção ao adulto é de incorporação mais recente na rede, havia um número maior de clínicos com contrato temporário que não foram renovados. Os pediatras foram os que menos sofreram cortes, mesmo em número excessivo, pois historicamente foram os primeiros médicos a ser incorporados na rede, sendo, em sua maioria, efetivos. A tabela abaixo expõe o corte de médicos realizado nas unidades básicas.

**TABELA 4**

**NÚMERO DE MÉDICOS E PORCENTAGEM DE CORTE EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NO PRIMEIRO SEMESTRE DO ANO DE 1996 - DIADEMA - SP**

	JANEIRO	JULHO	CORTE (%)
<b>Ginecologistas</b>	46	35	23,9
<b>Clínicos</b>	43	31	27,9
<b>Pediatras</b>	73	70	4,1
<b>TOTAL</b>	162	136	16,4

Fonte: dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Diadema

A prioridade dos recursos humanos a partir de julho de 1995 foi a capacitação de pessoal, gerentes e trabalhadores, para realizar o planejamento descentralizado nas unidades de saúde. No final daquele ano e em 1996 foram realizadas várias reuniões, discussões e treinamentos com essa finalidade.

#### **4.4. A REDE BÁSICA E O MODELO DE ATENÇÃO**

A maior parte das unidades básicas de Diadema são de médio porte, possuem de seis a oito consultórios para atendimento individual e área física para realização de outras atividades, como atendimento de urgência e observação de pacientes, vacinação, inalação, curativo, medicação, sutura, atividades de grupo e atendimento dentário (módulos com três ou quatro equipes dentárias).

O horário de funcionamento da maioria dessas unidades é das 7 às 22 horas, algumas funcionando aos sábados e domingos, e as duas unidades mistas, 24 horas. Todas oferecem atendimento em saúde da criança, adulto, mulher e saúde bucal. O atendimento de saúde mental, de implantação mais recente, não existe em todas as unidades. Algumas oferecem atendimento especializado (reumatologia, pneumologia, endocrinologia, colposcopia etc.) aproveitando pessoal contratado para prestar atendimento nas áreas gerais, mas que possuem alguma especialização.

As unidades são equipadas e organizadas para realizar inalação, sutura, curativo, hidratação oral, aplicação de soro e medicação endovenosa, e observação de pacientes. A coleta de exames laboratoriais também ocorre nas unidades, bem como de PKU (teste para hipotireoidismo e fenilcetonúria) e Papanicolau. Para remoção de casos de urgência, contam com um sistema de ambulâncias municipais, considerado eficiente.

Todas as unidades são estruturadas para oferecer atendimento programático, com consultas agendadas previamente, e atendimento à chamada “procura do dia” (os prontos-atendimentos, os atendimentos extras e eventuais) que ocupam em média 50% da agenda médica. O fluxo de pacientes, bem como as normas para a matrícula e marcação de consultas, varia em cada unidade, no entanto todas trabalham com consultas com hora marcada e procuram vincular o paciente para acompanhamento com um mesmo médico.

Para o pronto-atendimento, o paciente não precisa necessariamente ser matriculado na unidade. No entanto, a unidade básica não consegue atender a toda esta demanda. Em geral, a chamada “procura do dia” passa por uma “triagem” realizada por auxiliares de enfermagem, que orientam e resolvem alguns casos e encaminham outros para a consulta médica na unidade ou para o sistema 24 horas, os prontos-socorros.

O atendimento à criança, à mulher e ao adulto, na rede municipal, se organizou assim, em programas e subprogramas de atenção. O programa de atenção à criança inclui os subprogramas de diarreia e terapia de rehidratação oral, asma brônquica e desnutrição; o programa de atenção à mulher inclui os subprogramas de planejamento familiar e sexualidade, pré-natal, aleitamento, prevenção de câncer ginecológico, climatério, adolescente e doenças sexualmente transmissíveis; e o

programa de atenção ao adulto inclui os subprogramas de diabetes e hipertensão arterial. Todos esses programas e subprogramas, planejados centralmente para serem executados de maneira semelhante em todas as unidades, possuem normatizações das suas atividades com cronogramas de atendimento definidos.

Para agendar uma consulta nos diversos programas, costuma haver um tempo de espera em torno de um mês. É freqüente uma repressão dessa demanda, através de alguns mecanismos burocráticos, como a restrição para marcação de consultas a determinados períodos da semana ou dias do mês.

Apesar da previsão de atividades multiprofissionais, os programas são muito centrados em ações médicas e de enfermagem. Os grupos previstos são geralmente realizados por médicos com auxílio do pessoal de enfermagem. A incorporação de outros profissionais na rede, como já referido, foi tardia, e, em muitas unidades, a equipe multiprofissional se restringe ao médico, ao dentista, ao pessoal de enfermagem e a uma assistente social.

Em relação ao atendimento médico, os programas padronizam as ações a serem realizadas nas primeiras consultas. Nas consultas de retorno, determinam o tempo de atendimento para cada consulta (vinte minutos para as consultas de matrícula, quinze minutos para as consultas de retorno e dez minutos para consultas de pronto-atendimento), os dados de anamnese e de exame físico que devem constar na ficha de acompanhamento do paciente, as condutas, as orientações e os exames a serem pedidos e os medicamentos a serem prescritos para as principais patologias. Os encaminhamentos para internação, para a maternidade e núcleo de especialidades, têm também normas a serem seguidas, utilizando-se de cartas para a referência e contra-referência dos pacientes.

O acompanhamento da implantação e funcionamento desses programas era de responsabilidade dos coordenadores pertencentes à equipe central da Secretaria. Cada área - criança, mulher, adulto, bucal, mental, enfermagem - tinha um coordenador. Em relação aos médicos, os coordenadores de área tinham também responsabilidade administrativa de decidir questões de férias, licenças, problemas quanto ao atendimento etc., constituindo-se uma linha de gerenciamento totalmente verticalizada, sem a participação da direção local da unidade.

O coordenador de cada área escolhia, por unidade, um médico para ser sua “referência” no local. A atribuição desse médico era trazer para o nível central os problemas de atendimento, as necessidades de reciclagem, atualizações, e levar as orientações do nível central para o local, servindo como uma ponte entre esses dois níveis. Todos os médicos da Secretaria de Saúde se reuniam bimestralmente com os coordenadores de cada área de atenção, para discutir os programas, normatizações e atualizações científicas. Mensalmente ocorriam reuniões entre os coordenadores e referências de cada unidade. Em geral não havia reuniões nos ambientes de trabalho com a equipe local de saúde, nem mesmo entre os profissionais de uma mesma categoria. A articulação do trabalho era realizada pelos vários coordenadores de área do nível central.

O planejamento, a organização e o gerenciamento do trabalho de saúde em Diadema, desde o início da administração petista, em 1982, se caracterizaram por ser conduzidos pela equipe do nível central da Secretaria. Com a expansão da rede, a partir de 1989, as unidades passaram a ser dirigidas por enfermeiras, que no entanto tinham apenas um papel burocrático-administrativo ante as dificuldades do dia-a-dia, mantendo-se no nível central da Secretaria o planejamento e a organização do processo de trabalho nas unidades. Todos os cargos da equipe de nível central e de direção das unidades eram de confiança da administração (Diadema, 1996b).

O controle social dos serviços era realizado através de um Conselho Popular de Saúde, composto por dois representantes eleitos em cada unidade e pelo Conselho Municipal de Saúde. Não existiam conselhos gestores em cada unidade.

A partir de julho 1995, com a mudança na direção da Secretaria de Saúde, se iniciou um processo para alterar esse modelo de gerenciamento e organização do processo de trabalho, avaliado como inadequado ante os problemas de saúde da população. Os serviços organizados e planejados centralmente vinham oferecendo basicamente consultas médicas individuais e desenvolvendo poucas ações coletivas de prevenção e promoção à saúde (Diadema, 1996b).

A proposta de mudança, a partir de então, teve como diretriz a implementação de ações coletivas sobre os problemas de saúde e a realização de um planejamento descentralizado e ascendente, com autonomia para a unidade local

atuar nos problemas de saúde existentes em sua área, levando em conta as características locais. A prioridade era a implantação do SILOS (Sistemas Locais de Saúde), com a definição de um território de atuação de cada unidade e o reconhecimento das características da população e dos principais problemas de saúde desse território (Diadema, 1996b).

O planejamento, o gerenciamento e a organização do processo de trabalho, nas unidades de saúde, inclusive do trabalho médico, passaria a ser de responsabilidade da direção da unidade. Os coordenadores de programas passariam a exercer apenas um papel de assessoria do nível central da Secretaria, não mais exercendo nenhuma linha gerencial sobre os médicos.

Com a mudança do secretário de Saúde, em julho de 1995, foram indicados para dirigir as unidades de saúde profissionais de diversas categorias (médicos, dentistas, enfermeiras). O critério para a indicação foi o de confiança política e compromisso com o processo de reorganização dos serviços de saúde, não se exigindo formação específica na área de saúde pública (Diadema, 1996b).

A partir de decisões da III Conferência Municipal de Saúde, realizada em maio de 1996, foram criados os conselhos gestores das unidades de saúde. A Secretaria priorizou a preparação dos conselheiros, através de cursos de formação, para a passagem de informações sobre as atividades e funcionamento dos serviços de saúde (Diadema, 1996b).

As unidades escolhidas para a pesquisa empírica encontravam-se em diferentes momentos desse processo.

A unidade do Jardim Inamar estava num processo mais adiantado de organização das oficinas de territorialização<sup>15</sup>. A equipe e a direção local eram consideradas, pelo nível central da Secretaria, como bastante integradas e envolvidas com o trabalho, e o atendimento oferecido elogiado pela população. O fato de estar localizada próxima a uma unidade mista com pronto-socorro funcionando 24 horas facilitava que o atendimento fosse, predominantemente, de consultas agendadas e programáticas.

---

<sup>15</sup> Oficinas de territorialização são o processo através do qual se define um território de atuação de cada unidade.

O gerente local, dentista de formação, possuía especialização em saúde pública e exercia o cargo de direção da unidade havia sete anos. Esse gerente, com vínculo de 40 horas semanais, não identificava muitas dificuldades para gerenciar e organizar a unidade e o trabalho médico, pois considerava a maioria dos profissionais da unidade comprometidos com o atendimento.

Pela observação realizada a organização e o fluxo de atendimento buscavam facilitar o acesso e o uso do serviço pela população. As várias áreas de atenção tinham diretrizes e normas de funcionamento bastante semelhantes. Os funcionários, em sua maioria, eram conhecidos do usuário e tentavam solucionar problemas como conseguir encaixe em consulta; marcar exames em outros serviços; conseguir remédio em outras unidades etc.

A unidade de Promissão, uma das mais antigas da Secretaria de Saúde, estava iniciando o processo de territorialização. Possuía alta demanda por atendimento médico e grande repressão de consultas agendadas. Desta unidade havia reclamações da população quanto ao atendimento prestado por alguns médicos.

O gerente, também dentista de formação, não tinha especialização em saúde pública. Foi indicado para a direção da unidade em agosto de 1995, estando na ocasião da pesquisa por seis meses no cargo. Já havia exercido função gerencial em serviço odontológico privado. Por ter um vínculo de apenas vinte horas, não possuía, ainda, domínio do funcionamento de toda unidade e delegava parte de suas atribuições e da organização do processo de trabalho à enfermeira. Identificava várias dificuldades para gerenciar o trabalho médico e acreditava que, por sua especificidade, o gerenciamento deveria continuar a ser uma atribuição dos “supervisores” médicos.

Ainda, na observação constatamos uma grande pressão por pronto-atendimento e uma organização do fluxo da unidade bastante burocratizada. Cada área de atenção funcionava de forma diferente, tendo suas próprias regras de marcação de consultas, triagem de emergências etc. Percebemos uma certa heterogeneidade entre os funcionários no atendimento da população (tentativas de resolver o problema, de conseguir marcar exames, explicar o funcionamento da unidade).

A unidade do Serraria, localizada em região de fácil acesso, era procurada por moradores de várias regiões de Diadema, possuindo uma grande pressão para oferecer pronto-atendimento. Era considerada pelos gerentes do nível central uma unidade que apresentava muitas resistências por parte dos funcionários às propostas de mudanças do modelo de atenção. Na época da pesquisa estava iniciando a discussão sobre o processo de territorialização e a maioria de seus atendimentos eram de pronto- atendimento.

A direção da unidade era de formação médica e estava no cargo desde agosto de 1995, por 40 horas semanais. Não possuía especialização em saúde pública e era sua primeira experiência gerencial. Apesar do pouco tempo no cargo já havia realizado algumas mudanças na organização do serviço e aparentava ter domínio do processo de trabalho na unidade. Referia ter problemas com alguns médicos da unidade, que se envolviam pouco com o trabalho.

Na observação, constatamos um funcionamento diferente entre as várias áreas de atenção, no que diz respeito às regras de marcação de consultas e agendamento e também ao atendimento à população oferecido pelos funcionários dessas áreas.

A Secretaria de Saúde de Diadema, no momento de realização da pesquisa, encontrava-se, portanto, num processo de discussão da organização de seus serviços, com o objetivo de mudar o perfil de atuação de suas unidades que haviam sido estruturadas para oferecer basicamente atenção individual. Discutia-se também o papel e a organização do trabalho médico nessas unidades, o que era particularmente favorável para os objetivos deste estudo.

## **5. OS GERENTES E O TRABALHO MÉDICO NA REDE BÁSICA**

---

Os depoimentos dos gerentes serão assim identificados: dos gerentes do nível central - o secretário de Saúde e o secretário adjunto - como GC; dos assessores das áreas da criança, mulher e adulto, como AP e os dos gerentes de nível local, como GL.

Na análise das entrevistas, chama atenção certa uniformidade nos depoimentos dos gerentes dos vários níveis da Secretaria e pequena problematização na organização e controle do trabalho médico nas UBSs. Isso parece estar relacionado à quase renovação total do quadro de gerentes, decorrente da mudança na direção da Secretaria em julho de 1995. Na época desta pesquisa, no primeiro semestre de 1996, a maioria dos entrevistados, indicados para os cargos pela confiança política e o compromisso com as propostas de reorganização do modelo de atenção, encontrava-se havia menos de um ano exercendo nas funções gerenciais.

A análise das entrevistas com os gerentes será apresentada em três itens: o atendimento médico e o modelo técnico-assistencial; a visão dos gerentes sobre a consulta médica e o gerenciamento do trabalho médico.

### **5.1. O ATENDIMENTO MÉDICO E O MODELO TÉCNICO-ASSISTENCIAL**

A consulta médica, na opinião de todos os gerentes entrevistados, sempre ocupou uma posição especial no modelo de atenção de Diadema. A diretriz central que norteou os investimentos municipais em saúde, na opinião deles, fora responder às necessidades assistenciais da população com o oferecimento de consultas médicas individuais.

*“A lógica da Secretaria na montagem dos serviços aqui em Diadema foi baseada em oferecer atendimento médico e dentário individual, em oferecer consulta, para quem queria consulta (...). Os serviços de saúde de Diadema têm um modelo assistencial centrado na figura do médico (...). Modelo medicamentoso, biológico de tratar a doença com o remédio. Somos uma secretaria de assistência à doença, não uma secretaria de saúde, (...) nós somos responsáveis pelo atendimento à doença, (...) não temos aqui, nenhum tipo de atendimento que nós poderíamos chamar de vigilância a saúde” (GC).*

No modelo de atenção de Diadema houve pouca ênfase no desenvolvimento de ações coletivas, para a prevenção e vigilância à saúde. Segundo eles, as unidades de saúde realizavam apenas algumas ações de vigilância às doenças de notificação compulsória. Os serviços não se estruturaram para a coleta de informações epidemiológicas que subsidiassem uma ação de vigilância aos agravos de saúde, restringindo-se a coletar e trabalhar dados de produção de procedimentos médicos e de enfermagem.

*“Não temos nada na secretaria que faça vigilância à saúde, (...) não temos, aqui na secretaria, informações epidemiológicas, não temos e nunca tivemos (...) não temos nenhum tipo de atendimento que poderíamos chamar de vigilância à saúde. Estamos tentando, agora, ter algumas informações” (GC).*

Segundo os gerentes, o modelo existente em Diadema, por ser centrado na oferta de atendimento médico e não levar em conta as necessidades locais de saúde e *“outras formas de prestar assistência à saúde”*, vinha tendo gastos crescentes sem causar mudanças importantes na saúde da população e no perfil da morbimortalidade.

Para os gerentes, os programas que organizavam o atendimento, apesar de preverem ações de orientação e prevenção, não tinham como diretriz o desenvolvimento de ações coletivas, integradas com outras secretarias e áreas sociais do governo. Além disso, não levavam em conta as características de morbimortalidade, as diferentes necessidades de atenção da população local e as diversas características das equipes. Os programas eram planejados centralmente,

para serem executados da mesma maneira em todas as unidades. Na opinião dos gerentes, essas características os tornavam pouco efetivos para atuar nos problemas de saúde da população.

*“Imperavam na rede os programas que determinavam o que as 15 unidades básicas teriam que fazer (...). Eram iguais para toda a cidade, definindo consultas, até os grupos, (...) padronizando os atendimentos individuais e em grupos; o número de consultas, sem distinção se um bairro era mais pobre ou não, se havia mais ou menos crianças, se estava mais próximo ou não de São Paulo (...). Apesar de Diadema ser uma cidade pequena e até homogênea do ponto de vista de condição social, tem algumas diferenças regionais que devem ser contempladas, bem como a própria dinâmica da equipe” (GL).*

Apesar de a maioria dos entrevistados ressaltar a falta de um trabalho conjunto da Secretaria de Saúde com outras secretarias e áreas sociais e o pequeno impacto no perfil de morbimortalidade, alguns gerentes lembraram que os investimentos do governo municipal em saúde não se restringiram apenas a oferecer assistência médica. Desde o início da administração petista, o governo investiu em várias áreas sociais como habitação, saneamento básico, infra estrutura urbana, educação, conseguindo importante diminuição no índice de mortalidade infantil. No entanto, os gerentes avaliaram que esses investimentos foram insuficientes, e o setor da saúde não poderia limitar sua atuação ao atendimento individual, sem ações coletivas e de saúde pública.

*“Tudo bem , deu resultado, baixou a mortalidade infantil, mas de agora em diante não pode continuar no marasmo de ficar atendendo consultinha médica, tem que avançar, tem que progredir” (GL).*

Há relatos de várias experiências municipais que obtiveram sucesso na diminuição da mortalidade infantil com saneamento básico, melhores condições de moradia e algumas ações de assistência, muitas inclusive com uma pequena participação de médicos. No entanto, para uma série de problemas de saúde não é simples determinar quais formas de intervenção causarão impacto. O município de Diadema encontrava-se, no momento da pesquisa, com o desafio de atuar em outros problemas de saúde.

Para os gerentes, o modelo existente era ineficiente, mesmo para responder às necessidades assistenciais da população, que continuava a demandar mais médicos e mais consultas. Apesar do grande número de atendimentos médicos oferecidos, o tempo de espera para uma consulta agendada era em torno de um mês e as unidades não conseguiam responder à demanda por pronto-atendimento médico, encaminhando muitos pacientes para os prontos-socorros municipais, sobrecarregando-os com atendimentos que poderiam ser respondidos pela rede básica.

*“Grande parte do atendimento do pronto socorro poderia ser realizado pelas unidades básicas de saúde (...). A absorção da demanda do dia pela rede é precária, (...) há uma rejeição da demanda por pronto atendimento, que é a grande parcela que vai procurar o pronto socorro” (AP).*

O fato de Diadema ter uma boa estrutura de serviços atraía, na opinião dos gerentes, a população dos municípios vizinhos, principalmente para serviços de pronto-atendimento. Com isso aumentavam os gastos municipais com saúde, dificultando o atendimento à população local. Mas, não seria essa a principal causa da alta demanda por atendimento.

A demanda da população por mais consulta médica era avaliada como decorrente, fundamentalmente, do modelo assistencial centrado no oferecimento, apenas de consultas médicas individuais, sem nenhuma outra forma de atenção.

*“O principal problema é essa priorização que é dada ao atendimento médico. Se na organização do serviço de saúde de Diadema tivesse havido um trabalho mais voltado para vigilância à saúde (...), eu acho que o número de médicos seria suficiente (...), tanto é que se faz uma média de quatro consultas por habitante” (GL).*

Acreditavam que a população estaria “mal acostumada” com a oferta de atendimento médico, formando um “ciclo vicioso”. Pela possibilidade de marcar consulta, apesar da demora, “a população vai procurar o médico de uma forma não tão necessária”. Avaliavam que da demanda por atendimento médico “boa parte

*não tem necessidade de passar no médico (...) Onde tem grupos de matrícula se verifica que só 30 a 40% da demanda tem necessidade de passar no médico,(...)o resto não precisa porque não tem nada”(GL).*

A afirmação acima, de que parte da demanda espontânea por atendimento médico não necessita exclusivamente de atenção médica, se confirma em vários estudos. Franco, Bueno e Merhy (1997) descrevem que nas unidades de saúde de Betim, onde implantaram um serviço de acolhimento à demanda da população, de 10% a 38% da demanda conseguia ter seus problemas resolvidos por uma equipe multiprofissional.

A população, ao identificar um sofrimento ou uma carência, e pela legitimidade que possui o médico para decidir sobre saúde e doença, procura atendimento médico. O serviço, ao oferecer apenas consulta médica, reforça e realimenta ainda mais essa demanda. No entanto, o fato de não haver nenhuma doença não significa que a pessoa “*não tem nada*”. Existe um sofrimento ou uma carência que necessitaria de atenção.

Para os gerentes, outras questões contribuiriam, secundariamente, para essa alta demanda por atendimento médico. Os próprios programas de atenção que “*estimulam o retorno ao médico para um controle que poderia ser feito por outros profissionais*” e determinadas normas burocráticas que organizam os fluxos entre os serviços aumentam, desnecessariamente, a demanda por atendimento médico, como por exemplo, a exigência que todos os pacientes “*que passam no pronto socorro e necessitam de atendimento em alguma especialidade, tenham que passar também no médico da unidade, pois só eles podem encaminhar para o núcleo de especialidades do município*” (AP).

Outro fator que, para eles, explicaria essa demanda diz respeito à “*cultura da população*”, que exige o atendimento médico para obter uma medicação. “*Eles querem uma receita, sair com um papelzinho, é um problema, (...) às vezes, o médico tem que dar a medicação sem necessidade porque senão o paciente não sai satisfeito*” (GL).

Não há uma avaliação, entre os gerentes, de que o próprio atendimento oferecido na consulta individual poderia estar reforçando a demanda por mais

atendimento médico. No exemplo acima, o problema identificado é o da “cultura” da população que exige uma receita, e não do atendimento realizado, que ao “*dar a medicação sem necessidade*” acabaria confirmando para o paciente que a sua demanda é de “ordem médica” e reiterando a necessidade de se buscar um “remédio” para as suas dificuldades.

Somente um dos gerentes de nível local constatava que contribuía para a demanda por atendimento médico, os “*vários retornos do paciente por uma mesma causa, (...) ele vem de manhã, (...) às vezes, vem três vezes na unidade no mesmo dia*”. Esses retornos não eram atribuídos, no entanto, a problemas no atendimento realizado, mas às dificuldades do paciente em entender as orientações fornecidas. Para este gerente, “*o médico fecha o diagnóstico e orienta, explica como tomar medicação e a funcionária também, (...) mas muitas pessoas não entendem*”. A população, por seu baixo nível cultural, é que não teria um entendimento adequado.

No entanto, quando as orientações não são entendidas pela população, o atendimento está inadequado e a responsabilidade em alterar isso caberia à equipe de saúde.

Os gerentes dos vários níveis não questionavam como a resolubilidade do atendimento individual poderia estar contribuindo para a demanda por mais consulta médica e também para os gastos desnecessários com medicação e exames subsidiários. A ênfase era na quantidade excessiva de consultas, decorrente da ausência de ações coletivas. Para eles, em geral, “*a assistência é bem feita, os problemas são do modelo, da falta de ações coletivas*” (GL).

Em razão dessa avaliação, os entrevistados concordavam com a Secretaria, de que a solução para a ineficiência e os elevados custos do sistema estaria, predominantemente, na reorganização dos serviços para desenvolver ações coletivas intersetoriais.

“*A maioria das UBS tem demanda reprimida, a mudança do modelo visa traçar metas dentro de uma medicina mais preventiva, saindo da lógica assistencialista pura (...). A proposta é trabalhar com ações coletivas em escolas, com adolescentes, com idosos, na linha de prevenção e educação*” (AP).

Acreditavam que as ações coletivas atuariam na morbimortalidade e levariam a uma diminuição da demanda por atenção médica individual. A prioridade para os serviços seria, assim, a definição da área de responsabilidade de cada unidade, o desenvolvimento de um sistema de informação para o diagnóstico dos problemas locais de saúde, “*conhecer o bairro, identificar as áreas de risco à saúde, o perfil social das pessoas do bairro*”, e a realização de um “*planejamento ascendente*” (GL).

Avaliavam que a mudança no modelo de atenção, com enfoque “*na produção de saúde*”, não pretendia “*deixar de lado o caráter assistencialista*”, prevendo, apenas, uma readequação no volume de atendimentos médicos individuais, considerado excessivo. Essa adequação seria obtida quando o novo modelo estivesse efetivamente funcionando.

Os depoimentos demonstravam uma certa simplificação na avaliação da problemática e nas propostas de organização dos serviços básicos de saúde, que têm como função desenvolver tanto ações de saúde pública quanto de assistência. Os problemas, talvez pelo fato de aquele ser um momento de transição, eram atribuídos ao antigo modelo, centrado em consultas médicas; e as soluções, ao novo modelo centrado em ações coletivas.

Não havia, por parte dos gerentes, na avaliação da ineficiência do modelo de atenção, uma análise mais detalhada da assistência: de quais necessidades de saúde da população o atendimento oferecido respondia; de que maneira o atendimento contribuía ou não para aumentar a dependência dos usuários aos serviços de saúde e à consulta médica.

Para essa visão predominante entre os gerentes, provavelmente contribuía o referencial que orientava a reformulação do modelo de atenção em Diadema - o SILOS - ,que prioriza o diagnóstico e a atuação nos problemas coletivos, dando pouca ênfase às questões da assistência.

Coerente com a análise acima, a diretriz para a reestruturação do trabalho do médico, no momento da pesquisa, restringia-se ao desenvolvimento de ações coletivas, fora do atendimento do consultório. Como bem expressa o depoimento deste gerente ao avaliar a necessidade de mudança no atendimento médico:

*“Eu acho que precisa desenvolver outras práticas de atendimento do tipo grupo e trabalhos preventivos fora do consultório (...) Tem que sair para as ruas, ir nas EMEIs, nas escolas, nas associações de moradores, dar aulas sobre AIDS, adolescência” (GL).*

Não havia polêmica entre os entrevistados quanto ao diagnóstico dos problemas do modelo de atenção existente e às diretrizes gerais de mudança. No entanto, apesar de concordarem com a análise de que a mudança no modelo de atenção diminuiria a demanda por atendimento médico, diferiam quanto ao corte no número de médicos já realizado pela Secretaria no primeiro semestre de 1996.

A maior parte dos gerentes acreditava possível diminuir o número de médicos sem causar *“impacto importante no atendimento”*, uma vez que haveria excesso de médicos e que também seria possível um aumento da produtividade em algumas áreas onde *“a produção está em torno de dez consultas por período”*. Questionavam, no entanto, a forma como o corte se dera.

Apesar da constituição de um grupo para estudar esta redução, como vimos, prevaleceu o critério do vínculo institucional do médico, sendo dispensados apenas os profissionais não-efetivos. Os gerentes avaliavam que as demissões prejudicaram a assistência em algumas áreas.

*“A grande concentração de médicos é na área de pediatria, (...) é muito grande a diferença entre as áreas, (...) teria que diminuir o número de pediatras, porque o serviço mudou e não é só criança que vem para o atendimento, mas o corte foi, principalmente, de clínicos e ginecologistas, aumentando ainda mais essa distorção e comprometendo o atendimento nessas áreas” (GL).*

Para os assessores de programas, o corte prejudicava o atendimento programático e comprometia a assistência. Para eles, os médicos acabariam atendendo apenas *“os pacientes que têm queixa e que precisam mais do médico”*, diminuindo muito a *“parte preventiva”* realizada nas consultas. Afirmavam que com *“a diminuição do número de médicos, (...) tem que ser feito um remanejamento dos profissionais e (...) decidir o que vai deixar de ser atendido” (AP).*

Essa preocupação com o comprometimento do atendimento programático só aparecia na fala dos assessores. Para os gerentes locais, o principal problema era como atender à demanda enquanto a mudança do modelo não ocorria. Mesmo com as alterações no agendamento para aumentar o número de vagas da “*procura do dia*” e a utilização de um sistema de encaixe nas faltas das consultas agendadas, visando a aumentar a produtividade de cada profissional, a demanda não conseguia ser atendida e a população pressionava “*o diretor para pedir mais médicos*” (GL).

Além dessa questão, alguns gerentes locais apontavam que a demissão de médicos e a pressão para que aumentassem sua produtividade eram contraditórias com a diretriz que priorizava mais as atividades coletivas.

*“Se pensar que o médico tem que atender a demanda e fazer prevenção fora da unidade, falta médico (...) Para ele sair da unidade e fazer essas ações eu teria que diminuir um dia de atendimento dele e como a demanda é muito acentuada isso fica prejudicado”* (GL).

Concretamente, o que se priorizou foi o atendimento da demanda, como explicita este gerente local. *“Pode ser que a Secretaria não aceite, (...) mas o pessoal precisa ser atendido, (...) temos que dar o atendimento. Então é difícil, apesar de querer, desenvolver essas atividades preventivas, porque eu tenho aqui uma demanda acentuada”* (GL). Na prática, a pressão da demanda, associada ao corte de profissionais, não tornava possível viabilizar mais atividades preventivas, fora do consultório. No nível local, a prioridade assumida era que os médicos atendessem a demanda que pressionava o serviço.

O depoimento acima traduz, de certa maneira, a complexidade que é articular ações de assistência, respondendo à demanda por atendimento, com ações preventivas e de saúde coletiva. As experiências de organização da rede básica de serviços demonstram como é difícil integrar essas ações, pois, como afirma Merhy (1997a), não basta agregar assistência médica à saúde pública, combinando-as no mesmo espaço institucional. No entanto, na proposta de mudança do modelo de atenção, os gerentes não dimensionavam essa complexidade.

## 5.2. A VISÃO DOS GERENTES SOBRE A CONSULTA MÉDICA

Para a maior parte dos gerentes, “o atendimento do consultório já está *minimamente organizado*” pelos programas de atenção e pelas normatizações existentes e a “*sua reformulação não está na ordem do dia*”. O atendimento oferecido em Diadema era avaliado como um “*dos melhores de São Paulo*”. Acreditavam que “*a qualidade do serviço é muito boa*”, principalmente se comparada com o atendimento prestado por outros serviços públicos, por “*outras prefeituras*”(GL).

A rede de serviços tinha, na opinião dos gerentes, profissionais com boa qualificação técnica, muitos formados em boas escolas. “*Os profissionais que estão aqui são excelentes, (...) não temos problema técnico de o médico dar uma bobeadada e tal (...). Os médicos são bons profissionais no sentido técnico*”(GL)..

Avaliavam que mesmo os médicos provenientes de outras escolas tinham um bom desempenho técnico no atendimento, porque os programas “*têm normas coisas amarradas e não fica solto para a conduta de cada um (...). Quando o profissional entra é feita uma conversa inicial e são mostradas as normas de atendimento que é uma mistura de conduta das boas escolas como a Santa Casa, Hospital das Clínicas, a Escola Paulista*” (AP)..

Para os gerentes, o atendimento nas unidades de Diadema apresentava problemas de resolubilidade pela falta de retaguarda de exames laboratoriais e especialistas. “*O atendimento tem qualidade, as dificuldades são em relação aos exames complementares que o município não dá resposta, (...) os casos que chegam e não necessitam dessa retaguarda conseguem uma boa resolatividade*” (GL)..

A avaliação dos gerentes sobre a qualidade do atendimento parecia ter como referencial o atendimento à patologia. As constantes reciclagens, os treinamentos e atualizações científicas, as rotinas e normatizações garantiriam uma certa adequação no atendimento das patologias mais comuns, diferenciando o serviço em Diadema de outros serviços públicos.

O atendimento nas unidades era entendido, de uma maneira geral, como estando já equacionado pelos programas de atenção. No entanto, apesar da existência de programas para o atendimento nas diversas áreas de atenção, uma minoria das consultas eram agendadas, como se constata por este depoimento: *“Das 16 ou 17 consultas que os médicos atendem, menos de 50% são agendadas e dessas, cerca de 50% faltam e são ocupadas pela procura do dia e (...) então, só apenas cerca de três ou quatro consultas são agendadas”* (GL).

Além disso, contraditoriamente, os gerentes expressavam em seus depoimentos que a maior parte dos atendimentos, mesmo quando agendados, eram pronto-atendimentos. *“Apesar dos programas,(...) é pronto atendimento,(...) a maior parte dos médicos das unidades fazem pronto-atendimento mesmo”*. Apesar de o médico dispor em média de 15 minutos para cada paciente, *“a maior parte faz essa consulta em cinco minutos, ficando o restante do tempo lendo e conversando, (...) quando atende oito, o tempo gasto com o paciente é mais ou menos o mesmo”* (GL).

Chama atenção que, para a maioria dos gerentes, apesar da constatação de que a maior parte do atendimento realizado era pronto atendimento e da contradição com a avaliação que o atendimento estava equacionado pelos programas, isso não se constituía num problema a ser considerado na mudança do modelo de atenção. O depoimento a seguir expressa bem essa visão hegemônica:

*“Eu acho que na atividade da consulta médica individual, (...) eu acho que não deveria mudar, (...) o que a gente poderia fazer é aproveitar a experiência dos profissionais e desenvolver outras práticas de atendimento do tipo grupo, (...) trabalho preventivo fora da UBS, (...) eu acho que é isso que falta”* (GL).

Alguns gerentes chegavam a explicitar que o médico iria além de suas funções quando, num atendimento *“não-agendado”*, fazia algumas ações programáticas. *“A Dra Maria de (...) foi fazer um atendimento para dar atestado para o clube e pediu a carteira de vacina (...) Pegou uma criança com a carteira de vacina em branco (...) aí ela já foi além das suas atribuições, (...) ela faz isso porque é muito envolvida”* (GL).

Outros achavam estranho médicos que demandavam um tempo maior para o atendimento, conforme expressa este depoimento: *“A maioria dos médicos não reclama se tem 16 consultas para atender ou até um número maior, (...) porque já tem a pré e pós consulta para ajudar (...). Apenas um ou outro reclama que o tempo é pouco para algumas consultas de retorno (...) mas se o médico vai usar mais de meia hora num retorno, aí eu acho que já está fazendo terapia com o paciente, (...) nesse caso tem que mandar para o psicólogo”* (GL).

Apenas um gerente de nível local, e de formação médica, explicitou a importância de a consulta médica em uma unidade básica também contemplar questões preventivas e, além disso, *“enxergar o paciente como um todo, e não só como paciente”*. Acreditava que o atendimento em unidade básica não deveria apenas atender a queixa: *“Se a paciente vem com queixa de dor na mama, não se deve apenas examinar a mama, (...) deve-se aproveitar para ver outros possíveis problemas, (...) a prevenção do câncer ginecológico, (...) ter a preocupação de desenvolver outras ações de prevenção”*. Para este gerente, no entanto, *“o profissional está mais ligado apenas à queixa, (...) o paciente vem com gripe e não é feito todo o exame, só a gripe que é medicada”* (GL).

Além desse gerente, apenas um coordenador de programa expressou mais claramente que *“o médico tem uma responsabilidade no contexto em que está inserido, (...) é fundamental entender a realidade do paciente, a questão cultural. O atendimento ser tecnicamente bom, diagnosticar e pedir exames é parte, mas tão importante quanto isso é conversar, olhar na cara do paciente”* (CP).

Mendes-Gonçalves (1986), em seu estudo refere que os médicos sanitaristas, chefes dos centros de saúde estaduais, apresentavam uma concepção de que o trabalho dos médicos consultantes deveria abordar o indivíduo biopsicossocialmente, ter uma visão multidimensional do paciente, algo semelhante ao *“comprehensive medicine”*. O autor critica que o referencial dos sanitaristas era norteado apenas pela utilização de uma tecnologia clínica, ainda que mais ampliada, com ausência de um padrão tecnológico estruturado sobre o coletivo.

A maioria dos gerentes de Diadema, conforme os depoimentos citados, parecia não trabalhar nem mesmo com a concepção de uma prática clínica mais

ampliada. O que parecia predominar era a concepção de que o atendimento médico deveria responder à queixa, atuar sobre a patologia do paciente e tratar bem e “educadamente” o paciente. Não faziam referência à especificidade de um atendimento clínico em uma unidade básica de saúde e, quando citavam uma atuação do médico no coletivo, se referiam às atividades desenvolvidas, por esses profissionais, em outros espaços. Não faziam alusão espontânea também à necessidade de articulação entre o atendimento individual e os demais trabalhos na unidade.

Os gerentes, quando estimulados a ir fundo na reflexão sobre a consulta médica, identificavam uma série de problemas, que, no entanto, naquele momento, não eram priorizados para uma atuação gerencial.

Os entrevistados avaliavam que havia problemas na relação médico-paciente, sendo “*comum a queixa de que o médico não olhou na cara, não examinou*”. Afirmavam que muitas vezes o atendimento “*é tecnicamente perfeito*”, mas “*a relação é ruim*”. Identificavam que parte dos profissionais “*dão pouca atenção para os pacientes, conversam pouco*”(GL).

Este gerente local referia que muitas vezes o médico não fazia o diagnóstico do que o paciente tinha, porque não conversava com ele, não o escutava e se restringia apenas a atender à queixa. “*As vezes o que acontece é que o paciente chega e (...) fala que está com dor de estômago, o médico examina e avalia que é gastrite, e receita Antrak , só que depois esse paciente vai falar com a assistente social e fala que está com fome, que está desempregado, (...) a dor de estômago não é gastrite, mas o médico não faz o diagnóstico, porque não pergunta muito*” (GL).

Outro exemplificava problemas existentes na relação médico-paciente pela dificuldade que muitos profissionais apresentavam em lidar com situações como a comunicação de uma sorologia positiva para AIDS. “*Casos de pacientes HIV +, dependendo do médico que dá a notícia, (...) é de uma forma meio seca, sem dar apoio para os paciente*” (GL).

Este gerente de nível central afirmava que a principal queixa da população

em relação ao atendimento médico “*não é a qualidade do ponto de vista da resolubilidade*”, mas é “*a qualidade mesmo da relação médico-paciente*”. As reclamações mais comuns da população eram: “*Que tal médico é um cavalo, tal médico não examina, tal médico não olha para a gente, não conversa com a gente*” (GC).

Essa afirmação se confirmava na pesquisa feita pelo Instituto Gallup em julho de 1995, em que a causa principal de desaprovação do atendimento médico eram o desinteresse e a má educação dos médicos.

Este assessor de programas reafirmava que o pessoal médico era bem formado, mas muitas vezes o atendimento não era bom porque eles “*têm uma boa formação técnica, mas não têm uma boa relação com o paciente. A família é um empecilho no tratamento*” (AP).

Uma outra esfera de problemas dizia respeito ao envolvimento do médico com o resultado do trabalho. “*A maioria dos médicos vem aqui para cumprir horário e ir embora, não se envolvem com o resultado do trabalho, não se envolvem com o paciente (...) Tem um grupo de médicos, talvez cerca de 20%, mais motivados, (...) cerca de 60% está na média, tem uma formação técnica, mas só toca ficha sem grandes interesses científicos, e tem o restante que não se interessa por nada, só pelo salário*”(AP).

O problema do envolvimento de parte dos médicos podia ser percebido, segundo este gerente local, quando havia paciente na observação e chegava a hora de o médico ir embora. “*Muitos vão embora e abandonam o caso, deixando na mão do auxiliar*”. Para este gerente, esses profissionais só reivindicavam a vinculação com o paciente “*quando falta um colega*”. Nesse caso, “*não podem atender o paciente*” porque ele “*é do outro médico*”(GL).

O problema de envolvimento era maior, na avaliação de alguns gerentes, com os profissionais recém-formados e em contratos temporários, pois, na opinião deles, além de “*se sentirem de passagem*”, eram profissionais com menor responsabilidade pelo paciente, e também menos preparados. “*Hoje a responsabilidade do médico com o paciente é diferente, (...) hoje não existe muita*

*preocupação, se o médico vai faltar ele, muitas vezes, nem avisa. (...) Os médicos utilizam-se muito da empurroterapia” (GC).*

Os gerentes lembravam também como um problema importante a tendência dos médicos, principalmente os de “CRM mais altos, mais de 60 mil” de pedirem mais exames e utilizarem alta tecnologia em saúde. “*Numa pesquisa de prontuários, uma grande porcentagem de consultas, mais de 60% acabam pedindo exames ou consultas com especialistas (...) que a gente tem dificuldade de conseguir*” (GC).

Acreditavam que a formação do médico centrada no hospital e especializada “*não prepara o profissional para trabalhar na realidade de uma unidade de saúde*”, e que talvez essa fosse uma causa importante para que o médico “*desvalorize o trabalho em uma unidade básica e tenha pouco envolvimento com o atendimento*”(GC).

Apesar da constatação de que a relação com o paciente, o vínculo e a escuta se constituíam na principal queixa da população quanto ao atendimento e que havia problemas de responsabilidade e envolvimento desses profissionais com o trabalho, essas questões não foram tomadas como problemas para a mudança do modelo de atenção.

Os gerentes não dimensionavam a repercussão que um atendimento centrado na queixa, sem um bom vínculo com o paciente, sem a escuta e envolvimento do médico com o resultado do trabalho, teria em realimentar a demanda por mais atendimento médico.

Os problemas em relação a responsabilidade, envolvimento e dificuldades na relação com o paciente eram localizados na formação do médico, nas tendências da profissão, e dependentes da ética de cada um, não se visualizando uma interferência da organização dos serviços nessas questões. A ausência de propostas em relação a isso talvez se justificasse pela concepção de que essas eram questões muito difíceis de ser alteradas pelo serviço.

### 5.3. O GERENCIAMENTO DO TRABALHO MÉDICO

Na ocasião da pesquisa empírica, como já dissemos, o gerenciamento do trabalho médico se encontrava num processo de mudança. A responsabilidade passava dos antigos coordenadores de programas para os diretores das unidades. Os gerentes locais demonstravam dificuldades em assumir a organização do processo de trabalho, recorrendo, ainda, à antiga estrutura gerencial verticalizada. A fala abaixo reflete bem esse momento:

*“É uma coisa assim: as pessoas certas nos locais certos. A enfermeira toma conta do pessoal de enfermagem e quando tenho alguma dificuldade com algum médico, eu vou atrás do médico referência da unidade (...). Se tem o referência dá para levar o trabalho. A Dra. (...) referência da pediatria é que faz reunião com os médicos e qualquer coisa eu discuto é com ela e se necessário chamo a coordenação de pediatria numa reunião para conversar” (GL).*

Os antigos coordenadores de programas eram solicitados, principalmente quando ocorriam problemas no atendimento. As dificuldades em gerenciar o trabalho médico eram referidas pelos gerentes não-médicos como muito grandes: *“para nós é muito difícil, é muito difícil, (...) no dia a dia é muito difícil”, (...) porque não temos muito domínio da questão técnica” (GL).*

Por outro lado, parte dos médicos, segundo os gerentes, ainda não reconheciam nos diretores locais legitimidade para gerenciar e controlar seu trabalho, principalmente se não eram médicos: *“Tem aquele ranço de médico não se subordinar a um não médico. Para ser diretor de médico acho que tem que ser homem, médico e grande. Acho que tem esses preconceitos” (GC).*

Historicamente, o modelo verticalizado de gestão, em que a organização e o controle do trabalho médico estavam vinculados a coordenadores médicos de cada grande especialidade, reforçou uma organização corporativa desse trabalho, a parte do funcionamento do restante da unidade, como expressa a fala abaixo:

*“O diretor da unidade é o chefe de todo o resto do pessoal e não do médico. O médico entra, atende e vai embora, não se integra muito na vida da unidade. Não*

*tem com o diretor da unidade uma relação como os outros profissionais têm. Por causa do modelo, (...) eram os coordenadores de programas, na realidade, que trabalhavam com os médicos” (GL).*

A situação apontada atrás, nos remete para a dificuldade de gerenciar o trabalho médico, em decorrência da autonomia técnica que esses profissionais possuem e do monopólio corporativo que conseguiram manter no julgamento das ações médicas, reconhecendo apenas nos “colegas” a possibilidade de avaliarem seus atos. Como afirma Schraiber & Nemes (1996), a autonomia técnica dos médicos se transforma em autonomia hierárquica e se traduz numa situação especial em relação ao restante da equipe da unidade de saúde.

A concepção predominante entre os entrevistados sobre a gerência do trabalho médico era que esta deveria garantir que “*algumas regras*” do funcionamento da unidade fossem seguidas pelos médicos e os pacientes fossem “*bem atendidos*” por eles. O atender bem significa um atendimento que não cometesse “*barbaridades*” técnicas e tratasse “*educadamente*”, com respeito e de maneira cordial, à população.

Assim, as exigências assumidas pelos gerentes locais em relação aos médicos eram: cumprimento do horário contratual; realização, em média, de 16 consultas por dia; atendimento às emergências, mesmo que ultrapassasse esse número; retaguarda para a sala de observação e para o atendimento realizado pelo pessoal de enfermagem, como curativo, inalação, triagem, atendimento de orientação e etc.; preenchimento dos mapas de produção; e atendimento à população de maneira que não houvesse reclamações.

Não haver reclamação da população sobre o atendimento prestado era uma questão central para a maior parte dos gerentes, como expressa esta fala: “*Eu não quero que paciente reclame de médico para mim O que eu mais peço para eles é não me criar problemas com a população*” (GL).

Alguns utilizavam isso, até, para a negociação de certos favores com os profissionais, tais como: certa tolerância no horário de entrada ou saída; a reposição das faltas; liberação para certas atividades e para participação em congressos etc..

*“Eles cumprem horário, não fazem esquema, mas sempre tem um ou outro atraso de meia hora. E eu não me importo, desde que o médico atenda legal, que não tenha reclamação na minha porta” (GL).*

Essa preocupação com a reclamação da população era justificada, em parte, pela forma como se organizou a participação popular no município. Até 1996, não havia conselhos gestores locais, mas um único conselho popular de saúde com representantes de cada unidade. Assim, era comum que as reclamações locais chegassem até o secretário de Saúde, que depois retornava a cobrança aos gerentes.

Atingir a meta de 16 consultas por período também era uma outra importante preocupação dos gerentes locais, uma vez que havia uma cobrança muito grande da Secretaria para o aumento da produtividade dos profissionais. Para tal se utilizavam de mecanismos como mudanças no esquema de agendamento e encaixe de consultas nas faltas.

A questão técnica do trabalho médico era concebida como já definida pelos programas de atendimento das áreas. Como eram realizadas as consultas, o tipo de atendimento prestado, o vínculo com o paciente e a responsabilização do profissional pelo atendimento, desde que não houvesse reclamação da população, não seriam pertinentes de uma mediação gerencial.

Não era percebido como uma função gerencial atuar na dimensão mais interna da consulta médica, intervir na organização desse trabalho de forma a responder não só as necessidades individuais, mas também coletivas.

Apenas um gerente local de formação médica discutia que as exigências em relação ao atendimento médico deveriam ir além das especificadas acima, problematizando a qualidade do atendimento e a responsabilização do médico pelo paciente.

*“Eu acho que deve ser feito o mínimo, (...) se a criança tá com febre, tem que examinar, (...) preencher prontuário corretamente e documentar tudo (...). Eu não concordo que quando tem um paciente na observação e chega o horário do médico, ele abandona, vai embora e deixa na mão do auxiliar (...). Eu não acho certo como médica” (GL).*

No entanto, essa gerência avaliava que essas eram questões muito difíceis: *“Eu gostaria de mexer nisso, mas eu acho meio difícil”*. Na prática, considerando que a maior parte do atendimento era voltada mais para a resolução da queixa, buscava que os profissionais atingissem a meta de 16 consultas por período, e nesse sentido, podemos dizer que não se diferenciava das exigências dos demais gerentes.

*“Eu vi que tinha muitas faltas, os colegas acabavam atendendo bem menos que 16 consultas, tinha um número menor de consultas, só que o tempo não era gasto com o paciente (...). Então eu mudei o tipo de agendamento, usei o sistema de encaixe, se quiser passar no médico e tiver vaga passa, não precisa nem estar doente” (GL).*

No exemplo acima, o gerente faz críticas à consulta realizada, porém, *“por ser difícil”*, pelos limites em atuar na dimensão interna, mais técnica da consulta médica restringe sua atuação às questões administrativas e externas a esse trabalho. Isto nos remete para a importância de uma qualificação específica para a realização das funções gerenciais.

Como afirma Castanheira (1996a), a função gerencial em saúde é complexa e implica a mediação na perspectiva operatória do trabalho que produz diretamente o cuidado com as normas organizativas institucionais, o que por sua vez significa lidar com tensões decorrentes da autonomia profissional.

Em relação à diretriz de que os médicos deveriam realizar mais atividades coletivas, na prática essa não era uma exigência dos gerentes. A situação mais freqüente, como já referido, era os gerentes locais, pela pressão da demanda e pela necessidade de aumentar a produtividade, dificultarem a saída dos médicos do atendimento individual.

Não existia uma clara política para estimular a participação dos médicos nessas atividades, ficando a cargo de cada direção local julgar como seria essa participação nas atividades coletivas.

A maior parte dos gerentes locais acreditava que essas atividades não poderiam ser impostas aos médicos, devendo-se respeitar as características, o gosto e as facilidades de cada profissional para esse trabalho. Como expressa este gerente: *“Cada um pode ser bom naquilo que faz melhor, não dá para obrigar,(...) tem que*

*perceber o que o profissional está a fim (...) tem que aproveitar quem tem facilidade para o trabalho em grupo, (...) abusar dessa característica, oferecendo mais dessas atividades para eles”(GL)..*

Outros gerentes avaliavam que deveriam dar “um empurrão” para que os profissionais começassem a fazer grupos. O “estímulo”, ou o “empurrão”, era realizado pessoalmente pelo gerente, tentando convencê-los das vantagens de fazer grupos ou palestras.

Nas unidades, o espaço conjunto do médico com outros profissionais para o planejamento dos grupos e das atividades educativas era restrito. O que predominantemente ocorria era uma somatória da participação do médico nessas atividades com a de outros profissionais.

Os depoimentos dos gerentes expressaram uma dificuldade de conceituação mais precisa do que seria um trabalho coletivo. Quando se referiam às ações coletivas pareciam estar se referindo ao atendimento em grupo e realização de palestras, ou seja, ao trabalho com um coletivo de pessoas. Não percebemos, entre os gerentes, uma preocupação de aprofundar o que seria uma atuação no coletivo. Esta, no momento da pesquisa, ainda era uma diretriz muito geral.

Como nos referimos no início deste trabalho, o diagnóstico das necessidades de saúde e a atuação nos problemas coletivos exigem uma integração de múltiplos saberes e o desenvolvimento de tecnologias apropriadas para intervenção nessa dimensão. O referencial que os gerentes pareciam trabalhar, no entanto, era que essa atuação se daria pela somatória dos trabalhos parcelares, uma vez que não constituía numa diretriz gerencial criar espaços para estimular a discussão conjunta entre os vários profissionais da unidade.

A atuação do gerente local no trabalho médico, quando da realização desta pesquisa, restringia-se, assim, às questões burocrático-administrativas, de controle do cumprimento do horário, do número de atendimentos realizados etc..

Os gerentes avaliavam que as condições de trabalho existentes em Diadema favoreciam a cobrança dessas questões. Como afirmava este gerente: “*O médico em Diadema sempre foi muito valorizado, (...) o salário sempre foi muito bom, sempre foi exigido o cumprimento do horário de trabalho” (GL).*

A maior parte dos gerentes afirmava não ter problemas com os médicos no cumprimento dessas exigências, porque *“já se tornou hábito para os médicos o comportamento que a gente espera deles, (...) que cumpram a carga horária, que atendam um determinado número de pacientes e tal”* (GL).

Essa era uma característica que diferenciava Diadema de outros serviços públicos. Várias experiências de organização de serviços públicos demonstram que se constitui num grande problema para os gerentes garantir que os médicos cumpram o horário contratual de trabalho e determinadas normas de funcionamento do serviço.

Cecílio (1994) relata, na experiência de gestão de uma região de saúde de Campinas, que o principal problema no funcionamento dos centros de saúde era o não cumprimento do horário médico, e que esse problema não foi resolvido, apesar de enfrentado, após quatro anos de administração.

Mattos (1996), analisando a experiência do município de São Paulo, durante o período de 1989 a 1992, refere que os médicos foram os que opuseram maior resistência às mudanças propostas no funcionamento dos serviços, principalmente quanto ao cumprimento do horário contratual.

Em Diadema, a diretriz política, desde o início da administração petista, de exigência do cumprimento da jornada contratual de trabalho e de algumas regras de funcionamento das unidades, associada à prática de valorização desses profissionais e melhoria das condições de trabalho resultaram na situação diferenciada do município. Isso demonstra, de certo modo, que nos serviços públicos essas questões podem ser equacionadas.

Os instrumentos utilizados para o gerenciamento do trabalho eram administrativos, como o livro de ponto, os mapas de produção, memorandos e conversas informais. Os gerentes também utilizavam reclamações da população como instrumento de detecção de problemas. *“A população controla se o médico não trata legal e também o horário, os atrasos, as faltas”* (GL).

O principal problema apontado pelos gerentes locais, em relação aos médicos, dizia respeito a como lidar com aqueles que tratavam mal a população. Havia dificuldades, principalmente dos não-médicos, para julgar as reclamações.

Os gerentes se apoiavam em alguns mecanismos indiretos para comprovar as reclamações, como: a recusa da população em passar por determinados profissionais, a observação do tempo que o médico ficava com o paciente, os encaminhamentos ou prescrição de medicações inadequadas. Em geral, atuavam nessas questões com conversas individuais e informais, apelando para o *“bom senso do profissional”*

Avaliavam, como já visto, que os problemas no trato com a população não estavam relacionados com a formação técnica, mas com valores pessoais de cada profissional, sendo essa uma questão de *“personalidade do médico (...). Tem médicos muito bem formados e que não fazem um bom atendimento, (...) têm formação técnica, mas não lidam bem com a questão da relação médico-paciente”*. Acreditavam que a gerência e o serviço poderiam intervir muito pouco nessas questões, além de apelar para o bom senso: *“Cada um deve saber de sua responsabilidade” (GL)*.

Para alguns gerentes, a participação dos médicos nas oficinas de territorialização e em atividades fora da unidade poderia ser uma forma de melhorar a qualidade da consulta e o envolvimento deles com o atendimento, uma vez que contribuiria para melhorar a percepção da realidade de vida da população, *“do contexto onde estão inseridos” (GL)*.

*“Quando tem as oficinas e os médicos visitam os bairros, (...) vêm onde mora o paciente, quais são as condições de vida (...) e aí há uma mudança interna, (...) na cabeça do médico, (...) eles se conscientizam mais, percebem que não é só atender e dar a receita” (GL)*.

A maior parte dos gerentes registrava as dificuldades em lidar com esses aspectos do trabalho médico mas não priorizava buscar alternativas, discutir caminhos para um maior envolvimento desses profissionais com o trabalho.

No momento da pesquisa, o mecanismo de avaliação do trabalho médico se resumia ao número de casos atendidos. Não eram utilizados instrumentos para avaliação da sua qualidade e adequação às necessidades do serviço.

Existia uma dificuldade em avaliar esse trabalho, decorrente, principalmente, do fato de este se realizar numa relação privada com o paciente. *“A parte da*

*consulta dentro do consultório é muito difícil de avaliar e mexer, (...) não dá para colocar um fiscal em cada consultório pois o médico tem total autonomia com o paciente”(GL). No entanto, não se constituía também em uma diretriz gerencial discutir essa questão e buscar o desenvolvimento desses instrumentos.*

Provavelmente contribuía para isso a visão dos gerentes de que caberia ao próprio médico o controle de sua prática. Mendes-Gonçalves (1986), também observa em seu estudo que os médicos sanitaristas trabalhavam com a concepção de que o nível gerencial poderia fornecer algumas diretrizes para orientar o atendimento, mas deveria respeitar a conduta de cada profissional, aderindo, assim, ao autocontrole do trabalho médico.

Nas unidades não existiam reuniões, entre o corpo clínico, para discutir o atendimento. As reuniões por área de atenção, no nível central da Secretaria, de caráter normativo e para atualizações científicas, eram consideradas, em geral, suficientes. Os gerentes não entendiam como necessários outros espaços de discussão para fazer a mediação entre os programas, as normas de atendimento e a prática efetivamente realizada, demonstrando a concepção de que os médicos, possuidores de uma formação técnica aplicariam “adequadamente” seus conhecimentos e que as normas garantiriam uma determinada prática.

Não existia também espaço sistemático para reuniões entre os médicos e demais integrantes da equipe de saúde, como se fosse suficiente somar a atuação de cada profissional, definida pelos programas existentes.

Assim, mantinha-se, até o momento desta pesquisa, uma organização compartimentalizada do processo de trabalho - os médicos e o restante da equipe de saúde. O médico não dialogava com outros profissionais, o que contribuía para manter o seu poder e hegemonia, e não para a transformação de seu trabalho.

As propostas em relação aos médicos não foram além dessas apontadas acima. A mudança no gerenciamento, a partir de julho de 1995, parece ser a transferência do controle burocrático-administrativo do trabalho médico para os gerentes de nível local, mantendo-se, no entanto, o mesmo referencial de respeito ao autocontrole do trabalho médico e de sua organização.

As reciclagens e atualizações científicas, bem como as normas de atendimento, continuavam sendo atribuição do nível central da Secretaria. Não eram concebidas como funções do nível local nem mesmo propiciar espaço de discussão da dimensão científica dos “casos” atendidos. Discutir e atuar em aspectos relacionais do trabalho médico estava fora de cogitação, essas eram questões concebidas como atinentes às características individuais dos profissionais.

## 6. OS MÉDICOS E SEU TRABALHO NA REDE BÁSICA

---

Inicialmente, os médicos entrevistados serão caracterizados por sua formação, especialização, inserção no mercado de trabalho e motivo de trabalhar nos serviços de Diadema. De acordo com a combinação prévia de se assegurar o caráter confidencial dos relatos, os entrevistados não serão identificados.

Como já havia ocorrido a demissão dos médicos em contratos temporários, todos os entrevistados eram concursados, efetivos e trabalhavam em Diadema havia pelo menos quatro anos, tendo a maioria se formado dez anos antes.

A análise dos depoimentos dos médicos será apresentada nos seguintes itens: trabalhar em Diadema; trabalhar em unidade básica de saúde; o atendimento médico e o modelo técnico-assistencial; a visão dos médicos sobre a consulta médica; a escuta e o vínculo com o paciente; os médicos e a gerência.

### 6.1. CARACTERIZAÇÃO DOS MÉDICOS ENTREVISTADOS

Entrevistada 1: 38 anos, formou-se na Faculdade de Medicina de Mogi das Cruzes, em 1986, e fez residência em Gineco-Obstetrícia, no Hospital Nossa Senhora de Lourdes. É médica efetiva em Diadema desde 1988 e há quatro anos está na unidade atual, sua carga horária é de vinte horas semanais, trabalha outras vinte horas em um convênio médico e tem consultório particular. Seu sonho seria trabalhar apenas no seu consultório, mas em termos financeiros, não é possível *“ficar só com ele, (...) tem que ter um emprego que tenha salário”*. Assim que tiver condições, pretende abandonar o emprego do convênio, para ficar trabalhando apenas em Diadema e no consultório. Os seus depoimentos serão identificados como M 1.

Entrevistado 2: 40 anos, trabalha em Diadema desde 1990, formou-se na Faculdade de Medicina de Mogi das Cruzes em 1982 e fez residência em pediatria no Hospital Nossa Senhora de Lourdes. Não possui consultório particular, tem um vínculo de vinte horas semanais em Diadema e outro de quarenta horas semanais em um município vizinho. Após ter se formado, trabalhou em várias medicinas de grupo e a opção por Diadema *“foi mesmo, porque o salário era mais atrativo do que os da medicina de grupo”*. Seus depoimentos serão identificados como M 2.

Entrevistada 3: 32 anos, formou-se em Santos em 1988 e fez residência em Gineco Obstetrícia na Maternidade Vila Nova Cachoeirinha. Está em Diadema desde 1991, trabalhando dezesseis horas semanais na unidade básica e vinte e quatro horas no Hospital Municipal. Seu outro emprego é no município de São Paulo, na Maternidade Vila Nova Cahoeirinha, onde tem uma carga horária de doze horas semanais. Já tentou trabalhar em medicina de grupo e fazer consultório, mas não se adaptou. Tem como opção trabalhar no serviço público porque se sente mais útil, atendendo pessoas que necessitam mais do seu trabalho, exercendo assim uma função que na sua opinião, vai além das consultas. *“Aqui eu tenho aquela coisa de carregar a lanterna (...), de levar um pouco de luz, não preciso ser só técnica, (...) eu consigo passar um pouco de conhecimento, e tentar formar alguma opinião.”* Seus depoimentos serão identificados como M 3.

Entrevistado 4: 43 anos, formou-se na PUC de Sorocaba, em 1976, fez residência em Gineco Obstetrícia também na PUC de Sorocaba e especializou-se em Endoscopia. Trabalha desde 1992 em uma unidade básica de Diadema, vinte e quatro horas semanais, sendo esse seu único vínculo empregatício. Parte de sua carga horária na unidade é destinada para realizar atendimento especializado em endoscopia. Faz consultório no restante do dia, de onde *“realmente retira o ganha-pão”* e em Diadema *“satisfaz o lado de poder ajudar as outras pessoas”*. Seus depoimentos serão identificados como M 4.

Entrevistada 5: 43 anos, trabalha em Diadema desde 1983, formou-se em 1978 pela Universidade de São Paulo, fez residência em Pediatria, também na USP, e especialização em Saúde Pública, na Faculdade de Saúde Pública. Trabalhou, desde quando se formou, apenas em serviços públicos. No momento, tem uma carga

horária de quarenta horas semanais, numa mesma unidade básica, sendo esse seu único vínculo empregatício. A opção de trabalhar em Diadema foi ideológica, pois *“acreditava bastante na saúde pública, onde poderia atuar e ver melhorias na saúde da população”* e na possibilidade de realizar um trabalho de boa qualidade no município. Atualmente sente-se decepcionada com a saúde pública e tem buscado uma outra profissão, para sair da medicina. Seus depoimentos serão identificados como M 5.

Entrevistado 6: 45 anos, formou-se em 1984 na Faculdade de Medicina de Campos, no Rio de Janeiro, não fez residência médica. Trabalha como pediatra em Diadema desde 1989, exercendo quarenta horas semanais em uma unidade básica. Trabalha outras vinte horas semanais numa medicina de grupo e não possui consultório particular. Acha bom o emprego em Diadema. Seus depoimentos serão identificados como M 6.

Entrevistado 7: 51 anos, formou-se em 1972, na Escola Paulista de Medicina, fez residência em Clínica Médica. Está em Diadema há cinco anos. Já trabalhou em medicinas de grupo, consultório particular e em hospitais e prontos-socorros públicos. Atualmente está aposentado em um emprego, trabalha vinte e quatro horas num pronto socorro do município de São Paulo e vinte horas em uma unidade básica de Diadema. Prefere trabalhar em serviço de Emergência, está em Diadema porque o salário e as condições de trabalho são razoáveis. Seus depoimentos serão identificados como M 7.

Entrevistada 8: 38 anos, formada pela Universidade de São Paulo em 1981, iniciou residência em pediatria também na Universidade São Paulo, mas não chegou a concluir os dois anos da especialização, pois optou por começar a trabalhar em Diadema, onde *“atraía a proposta de construção de um serviço público que valorizasse o atendimento”*. Desde 1983 trabalha apenas em Diadema, quarenta horas semanais. Exerceu durante muitos anos cargos administrativos. Atualmente está como médica consultante em uma unidade básica. Seus depoimentos serão identificados como M 8.

Embora esta seja uma amostra que não foi planejada com a finalidade de estimar proporções e permitir análises quantitativas, chama atenção as

características dos entrevistados em relação ao número de empregos. Percebe-se que a maioria possui dois empregos; dois trabalham só no município e apenas um possui três empregos, incluindo o consultório. Considerando a necessidade de uma investigação especialmente desenhada para esse fim, esses dados parecem sugerir que os médicos de Diadema se encontram, numa situação de trabalho melhor do que a maioria dos médicos brasileiros, que, conforme aponta a pesquisa nacional de Perfil dos Médicos no Brasil, 1996, possuem de três a quatro empregos, incluindo o consultório.

Os médicos entrevistados são profissionais de diferentes formações e inserções no mercado de trabalho, possuidores também de diferentes concepções ideológicas a respeito do trabalho no serviço público. Alguns, identificando no município a possibilidade de viabilizar um projeto de serviços públicos de saúde de boa qualidade, vieram trabalhar em Diadema por uma opção ideológica. A maioria foi atraída pelo salário e pela possibilidade de um emprego estável, sendo que alguns justificam essa opção também pelo fato de poderem realizar uma “certa filantropia”, uma “missão humanitária”. Não obstante essas diferenças, será pela condição comum de serem médicos de unidades básicas em Diadema que seus depoimentos serão analisados.

## **6. 2. TRABALHAR EM DIADEMA**

Trabalhar em Diadema, para todos os médicos entrevistados, tinha uma qualificação bastante positiva, tanto pelo fato de estarem num município que possuía um bom atendimento à saúde, quanto por se sentirem profissionalmente valorizados. Apesar de identificarem de várias dificuldades para o atendimento à população, os médicos avaliavam que a saúde vinha sendo uma prioridade para o governo, que historicamente investia na construção e organização da rede de serviços e na melhoria das condições de trabalho.

*“Eu acho que melhorou bem (...) acompanho o trabalho da secretaria há muitos anos e acho que a população sente a diferença. Hoje está assim, mas já foi muito pior (...) há uma evolução pelo menos em termos de qualidade. Ainda tem que melhorar muito mais, mas a parte técnica vem melhorando (...) eu acho que vem” (M5).*

Muitos se apresentavam como de formação ideológica diversa do partido que governava o município, até mesmo como de direita, para afirmar o reconhecimento do investimento municipal.

*“Eu não sou petista, (...) todo mundo critica, mas (...) se for ver o modelo. Hoje é o município do Estado de São Paulo com a menor mortalidade infantil que existe, estatisticamente comprovada (...). A palavra para isso é prioridade” (M2).*

*“A prefeitura de Diadema é petista e petista sempre deu muita atenção a saúde e educação (...). Não sou petista, não sou de esquerda, eu sou mais de direita, e, (...) não tenho vergonha de ir lá fora falar, que no meu currículo está ser funcionário público concursado da prefeitura de Diadema, aliás (...) faço questão de falar” (M4).*

Alguns médicos afirmavam sentir orgulho em trabalhar num município como Diadema, que, acreditavam, prestava um bom atendimento à saúde da população.

*“Então eu tenho, (...) eu tenho um certo orgulho até, de dizer, que eu trabalho em Diadema. Todo mundo fala: você vai virar petista (...) mas não é isso” (M3).*

Apontavam como ponto negativo, no entanto, o fato de se sentirem usados para fornecer dividendos políticos ao governo: *“É mais aquela questão de usarem seu trabalho para voto, para enaltecer certas pessoas e (...) não a equipe. Eu me senti um pouco usada” (M5).*

Outra questão considerada negativa foi a ocorrência de perseguições aos profissionais por disputas políticas internas, como expressa a fala abaixo da médica, que estava temerosa em sofrer represálias por continuar a ser referência dos médicos na sua unidade após a mudança da equipe da Secretaria, em julho de 1995, uma vez que esse cargo era considerado de confiança da administração.

*“Quando saiu a coordenadora antiga, ela disse que nós éramos cargo de confiança, então tínhamos que sair (...). Eu falei que ia continuar fazendo o que eu fazia, outros ficaram e eu resolvi ficar também (...) porque não sou política, não sou petista e eu gosto de trabalhar (...). Mas eu sinto um pouco de medo (...) daqui a pouco vai mudar a administração e pelo fato de que eu ter continuado eu estou morrendo de medo” (M1).*

Porém, avaliavam que apesar dessas disputas políticas internas, o objetivo maior, de melhorar a atenção à saúde da população, foi mantido, havendo continuidade no trabalho desenvolvido. Essa continuidade, bem como o claro objetivo institucional de atuar para melhorar o atendimento à saúde da população, era bastante motivadora, uma vez que, o seu trabalho, potencializado por esses investimentos, não era realizado em “vão”, mas, de alguma maneira, se refletia na saúde da população.

*“Eu sinto motivação aqui porque (...) embora, é claro, tenha problemas de política, dá para notar, pelo menos nesses nove anos que eu estou aqui, que o pessoal da coordenação, da chefia procura melhorar a cada dia, a saúde da população (...). Embora, tenha muita coisa no meio que não tem nada a ver, embora tenha muita política, muita coisa e tal (...) há uma luta conjunta para empurrar para a frente. Eu já peguei praticamente três prefeituras, e dá para notar um gráfico ascendente, no sentido de melhorar o atendimento junto à população. Não é à toa que Diadema é considerado um dos municípios que prestam, talvez, o melhor serviço à população. E isso anima muito, porque você nota que seu trabalho não está sendo feito em vão” (M6).*

Prevalecia entre os médicos a opinião de que, além dos investimentos na construção e na organização das unidades de saúde, o município havia investido numa política de recursos humanos que valorizava os profissionais, principalmente através dos salários e da formação em serviço. Um dos médicos que vieram trabalhar em Diadema atraídos pelo salário afirmou que acabou se envolvendo com a proposta de trabalho, porque percebeu que *“estão preocupados em melhorar o serviço e estão preocupados com a gente também” (M2).*

A crise financeira da prefeitura acarretou perdas no nível salarial dos profissionais, mas, apesar disso, os salários de Diadema ainda eram competitivos no mercado. Para os médicos esse foi um dos fatores que contribuíram para a sua fixação no município e o cumprimento de fato de uma jornada de trabalho próxima à contratual. *“Existe o lado do estímulo financeiro, bobagem falar que não existe, (...) tem que haver esse estímulo para que haja cumprimento do horário”*(M2).

Os investimentos da Secretaria na formação e atualização, através de reciclagens, treinamentos e reuniões, foram considerados de fundamental importância por todos os entrevistados.

Alguns médicos lembravam que essa formação em serviço foi importante tanto para se atualizarem nos problemas mais freqüentes do atendimento quanto para padronizarem condutas mais adequadas ao serviço, *“mais ligadas à saúde pública que é o que a gente faz aqui”*, melhorando, assim, a qualidade do atendimento (M5).

A atualização em serviço era bastante valorizada pelos médicos, pois afirmavam que as condições de trabalho não favoreciam o estudo e a pesquisa em bibliotecas de publicações e trabalhos. Após algum tempo de formados, não conseguiam, por causa da rapidez do desenvolvimento tecnológico, acompanhar as inovações do conhecimento, tendendo a ficar desatualizados, como expressa o depoimento abaixo:

*“Depois que você sai da faculdade a tendência é desatualizar muito, porque não dá para acompanhar mais (...), as condições não permitem. O problema é que por causa do salário, tem que correr de um lugar para outro, não dá tempo para ir na biblioteca, (...) quando muito é um congresso uma vez por ano, onde você vê mais as coisas que gosta, (...) porque não dá pra ver todos os temas”* (M7).

Vale ressaltar que todos os médicos se ressentiam da diminuição nas reciclagens e reuniões em 1996 e enfatizavam que era importante que esses espaços de formação fossem restabelecidos.

A seleção por concurso e a estabilidade foram apontadas como questões positivas do trabalho em Diadema. *“Eu valorizo, (...) eu sou estatutário, (...) eu estou aqui por concurso, eu tenho uma certa estabilidade no emprego”* (M4).

Alguns médicos lembravam a possibilidade de duplo vínculo no município - de desenvolver um atendimento especializado, e a possibilidade de trabalhar em diferentes níveis do sistema - como questão positiva da política de recursos humanos.

Em estudos como o de Mendes-Gonçalves (1986) e Marsiglia, (1993), os médicos apontam a estabilidade no emprego como causa de manutenção do vínculo nos serviços públicos, mesmo quando os salários são muito baixos. Em geral, esses vínculos são mantidos, apesar da insatisfação com o trabalho, também porque há uma flexibilização no cumprimento da carga de trabalho contratual.

Ao contrário do quadro dominante nos serviços públicos, os médicos em Diadema cumpriam seu horário de trabalho. A maioria dos entrevistados não questionava essa exigência. Apenas um deles criticava abertamente essa questão, considerando desnecessário que os profissionais tivessem que cumprir horário, desde que *“cumpram com as suas obrigações de atendimento”* (M4).

Para outro médico, a exigência do cumprimento de horário contribuía para que os mais comprometidos com o atendimento não ficassem sobrecarregados. Avaliava que a existência dessas normas, até mesmo, tornava o trabalho em Diadema mais satisfatório que o trabalho em outros serviços públicos, onde existem *“esquemas”* de funcionamento que favorecem os interesses de *“alguns”*.

*“Em outros empregos públicos têm esquema, têm colegas que acabam fazendo apenas duas horas, uma hora e indo embora deixando a gente acumulado. Os funcionários, o pessoal da enfermagem nesses locais têm que cumprir horário e os médicos não, e eu acho isso desagradável. Aqui pelo menos é mais ou menos tudo igual, não tem esse negócio de fazer gomo. O controle de horário e as regras favorecem os profissionais mais envolvidos com o trabalho, uma vez que não sobra para esses o trabalho dos que iriam embora”* (M7).

A afirmação acima nos remete para a importância de práticas gerenciais que organizem esse trabalho, tendo como referencial não o interesse corporativo, mas a missão institucional.

O trabalho nas unidades de Diadema foi avaliado como mais satisfatório do que o de medicina de grupo. Nos convênios, os médicos identificavam uma

exploração maior de seu trabalho e uma interferência gerencial para produzirem um atendimento que satisfizesse a clientela, mas não necessariamente respondesse ao que o paciente precisava.

Os profissionais que trabalharam ou trabalhavam nesses serviços relatavam um grande controle sobre as suas condutas, quanto a pedido de exames, utilização de materiais e atendimentos especializados, para controlar os gastos e manter a lucratividade das empresas, apontando para o que Merhy (1997c), denomina de processo transferência da decisão das ações médicas do campo das corporações médicas para o campo dos administradores.

*“O convênio (...) eles não deixam fazer nada, você não tem criatividade, você não tem liberdade (...). Aqui pelo menos você pode expressar a tua liberdade de fazer coisas do jeito que você acha que é correto fazer (...). É a liberdade de estar pedindo exames que eu acho necessário (...). Lá não pode fazer endoscopia porque é um procedimento caro, ou vai ter que fazer dezoito atendimentos por dia, (...) você tá pedindo exames demais ou de menos” (M 3).*

O trabalho em Diadema, segundo os entrevistados, era profissionalmente mais digno, principalmente porque o serviço não era organizado por uma lógica de mercado, para a obtenção de maior lucratividade, mas para melhorar as condições de saúde da população, havendo portanto, mais liberdade para decidirem as condutas que consideravam mais adequadas para resolver os problemas dos pacientes.

*“Aqui tem mais autonomia. Você decide mais (...) lá no convênio não, não (...) como se trata de uma empresa, né?(...) Uma das coisas boas daqui é esse fator que você tem de autonomia. Você é mais livre para decidir o que pode fazer pelo paciente” (M6).*

A existência, em Diadema, de uma rotina e normas de atendimento para o pedido de exames, retornos e condutas não era avaliada pelos médicos como limitante de sua autonomia, porque orientava, mas não intervinha na conduta individual do profissional.

A organização do serviço e do atendimento nas unidades, associada às reciclagens e reuniões clínicas, na opinião dos médicos, permitia praticar em

Diadema uma “*medicina de melhor qualidade*”, e mesmo, desenvolver um vínculo maior com os pacientes do que nos convênios, conforme nos relata a médica abaixo:

*“Aqui eu gosto porque eu faço medicina. Aqui eu pego uma matrícula eu tiro a história, faço toda anamnese, examino, colho Papanicolau, faço até clínica, dá pra fazer (...). Lá você não tem os seus pacientes (...). Eu não sinto que tenha o paciente de fulano e tal (...). Eu me estresso muito e fico frustrada de trabalhar lá, porque tem vezes que a paciente vem com aquelas queixas tipo tensão pré-menstrual e você tenta conversar e não dá tempo. Aqui, se você não fizer hoje, o mês que vem ela volta, ela vai contando e você vai fazendo vínculo, com o tempo você fica sabendo dos problemas.(...) Nesse ponto (...) aqui é melhor. Agora aqui a dificuldade é conseguir fazer alguns exames” (M 1).*

Em Diadema, os médicos avaliavam poder exercer uma “*medicina de melhor qualidade*”, apesar das dificuldades de acesso do paciente aos recursos diagnósticos, porque as limitações estariam na estrutura do sistema de saúde e não na “*liberdade*” do profissional de decidir a conduta que julgasse mais adequada ao paciente. Isso indica a importância que tem para o médico a autonomia em decidir conduta, qualificando como uma medicina melhor aquela com mais liberdade de exercer a sua prática e com menor interferência gerencial.

Somente o consultório particular, para aqueles que possuíam essa atividade, era mais satisfatório do que trabalhar em Diadema, porque esse era o local onde identificavam que podiam fazer a medicina “*do jeito que querem*” sem patrão. Podiam, assim, exercer uma autonomia plena, “*ideal*”, ou, conforme afirma Schraiber (1993), podiam ser os sujeitos plenos na sua relação com a clientela e com o mercado de trabalho. A fala abaixo expressa bem essa concepção:

*“Eu me sinto satisfeito aqui na prefeitura de Diadema. Agora, no meu consultório, é lógico, me sinto muito mais satisfeito porque é coisa minha, é meu, (...), a formação do consultório e da clientela dependem única e exclusivamente de mim, (...) então a satisfação é de estar fazendo uma coisa sua, do jeito que você quer, que você acha melhor, e, estar tirando o seu dinheiro” (M4).*

Os depoimentos acima demonstram que, para esses profissionais, que não se constituíam em um grupo homogêneo em relação às concepções ideológicas e à identificação com o projeto da reforma sanitária, o trabalho nos serviços públicos de saúde do município de Diadema era mais digno e satisfatório do que o realizado em outras instituições públicas e privadas.

Possuir um vínculo empregatício, para a maioria dos médicos, como aponta a pesquisa Perfil dos Médicos no Brasil ( Machado 1996a), é fundamental até para possibilitar a manutenção da atividade de consultório. Um emprego público no qual o profissional é valorizado através de uma política salarial e de formação em serviço, e onde ocorre pouca interferência na sua autonomia, torna-se uma opção melhor que o trabalho em muitas empresas e convênios médicos.

Chama atenção, nos relatos, que os médicos valorizavam o trabalho que realizavam em Diadema e percebiam que, com ele contribuíam para a produção de saúde. Os investimentos feitos pelo município na organização dos serviços e nos recursos humanos, bem como a clara diretriz de oferecer um bom atendimento à população, pareciam ser os principais fatores que contribuíram para isso.

A avaliação desses médicos indica, de certa maneira, um sucesso da diretriz política existente desde a primeira gestão da administração petista, a de valorização desses profissionais considerados centrais nos serviços de saúde, e confirma também o desenho do presente estudo, de que a investigação seria realizada num local onde os profissionais possuíssem condições relativamente adequadas de trabalho.

### **6.3. TRABALHAR EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

Apesar da avaliação positiva do trabalho no município de Diadema, o trabalho em unidade básica era considerado, pela maioria dos médicos, como repetitivo, monótono e pouco estimulante profissionalmente. Os atendimentos, em

geral, eram de casos comuns que não apresentavam grandes desafios para o diagnóstico.

A formação do médico valoriza as situações de maior complexidade científica e a realização de diagnósticos raros, e assim a prática médica mais especializada é mais valorizada profissional e socialmente. Na representação dos próprios médicos há uma desqualificação da prática em serviços ambulatoriais, postos ou centros de saúde, que corresponderiam a atividades rotineiras de baixa incorporação tecnológica. Como afirma Bodstein (1993), a progressão na profissão para os médicos dificilmente ocorre afastada do acesso a recursos e inovações técnicas que só os grandes hospitais parecem permitir. A fala abaixo ilustra a representação do trabalho na unidade básica como menos nobre, como um trabalho de “peão”.

*“Eu queria fazer cirurgia ginecológica e eu tinha conseguido fazer isso, aqui, uma vez por mês, só que quando entrou essa nova coordenação eu não pude fazer mais, porque não podia ficar sem médico aqui na unidade. Aí eu me senti uma peã, que tem que ficar atendendo aqui e as coisas boas eu não posso fazer (...) porque eu queria fazer cirurgia também. Eu queria ambulatório e cirurgia e eu estou só no ambulatório. Por isso que muitas vezes dá vontade de voltar a dar plantão, porque plantão é dinâmico, (...) e eu gosto de parto, gosto de movimento cirúrgico, sabe aquela coisa?(...) porque não é monótono” (M1).*

Os médicos, principalmente da área de tocoginecologia e clínica, referiam que gostariam de desenvolver parte do seu tempo de trabalho no pronto socorro, no hospital ou no ambulatório de especialidades, locais onde poderiam exercer uma atividade mais especializada e ver “casos mais interessantes”. Para os médicos pediatras essa questão não parecia ter a mesma importância que para os profissionais das outras áreas, talvez pela própria característica da especialidade, que tem grande parte de suas atividades mais relacionadas ao atendimento ambulatorial geral e ao acompanhamento de situações de normalidade.

Apesar de a Secretaria de Saúde afirmar que essa seria uma diretriz da política de recursos humanos, ela não era do conhecimento de todos os

profissionais. *“Não sei se alguém aqui trabalha em unidade básica e hospital. Acho que grande parte gostaria de trabalhar na enfermaria ou no pronto socorro e mais na unidade básica” (M7)*. A possibilidade de trabalhar em diferentes níveis de atenção seria utilizada pela administração como um mecanismo de *“compensação”* ou de *“prêmio”*, cujos critérios de contemplação, que pareciam ser *“políticos”*, não eram claros para todos os médicos da rede.

Trabalhar nos vários níveis do sistema também era considerado importante pelos entrevistados, para *“vivenciar as dificuldades do trabalho”* em cada local, porque em geral *“quem trabalha no pronto socorro tem ódio de quem trabalha na UBS e muitos dos que trabalham em UBS têm ódio dos que trabalham em pronto-socorro” (M7)*.

A desqualificação do trabalho em unidade básica, aliada à limitação no número de atendimentos, fazia com que os médicos desses serviços fossem identificados como *“os que fazem nada”*, pelos próprios colegas de outros níveis do sistema.

Os médicos afirmavam que, por outro lado, quando surgiam nas unidades casos *“interessantes”*, eram freqüentes as dificuldades de acompanhá-los devido a problemas de acesso a recursos diagnósticos e de integração com os outros níveis do sistema. Os pacientes encaminhados para a realização de um exame ou de uma avaliação especializada, não raro, se perdiam no sistema ou retornavam, mesmo os que utilizavam os serviços próprios do município, sem a informação necessária para o acompanhamento, o que, entre outras coisas, não possibilitava ao médico aprender com o *“caso”*. Essa falta de retorno demonstra, na opinião de alguns, também uma falta de respeito dos profissionais de outros níveis com o médico da unidade.

*“Você começa um atendimento aqui (...) só que quando encaminha, porque precisa de exames ou de uma avaliação do especialista, você perde o paciente. Quando consegue retornar do especialista, não tem a mínima resposta. Não sabe a avaliação que foi feita, se foi de qualidade ou não (...). Quando você encaminha e tem a resposta, na resposta você acaba apreendendo, aprende nos exames que*

*consegue realizar. Aqui muitas vezes você perde o paciente (...), você teria que ter até o aprendizado da doença e tal, você não tem, porque ele acaba indo para um outro local que resolveu o problema dele” (M5).*

Na formação do médico a aprendizagem escolar é insuficiente, ela se completa na vivência prática, com a aplicação do conhecimento em cada caso individual, com o acompanhamento do resultado da intervenção e da adequação na condução do caso, daí a importância, para o crescimento do profissional do retorno do caso encaminhado, como expressa bem a fala do médico:

*“Se eu fiz um diagnóstico de câncer de mama, estadio inicial, (...) eu vou referenciar para um outro serviço mas eu quero saber se eu acertei; se era aquilo mesmo; se aquela imagem era de câncer; se estava certo o meu diagnóstico (...). O paciente é meu e tenho interesse em saber, (...) não apenas por motivo humanitário, até por interesse científico” (M 3).*

Além disso, foi apontado como um fator de desgaste dar continuidade ao acompanhamento de pacientes que ficavam internados e retornavam sem nenhuma informação a respeito do tratamento realizado. Isso acontecia, segundo os médicos, apesar dos esforços da administração para melhorar o sistema de referência e contra-referência do município.

*“São comuns casos do pronto socorro, ou de pacientes que ficaram internados voltarem sem nenhuma informação do que aconteceu durante a internação. Então, a dificuldade é bastante grande, principalmente para os pacientes mais graves (...). Paciente que infartou por exemplo, (...) eles não dão informe do que aconteceu. O paciente, às vezes, é que fala se tomou estreptoquinase ou não, que lugar do coração foi afetado (...). A gente é que precisa correr atrás, (...) ou pedir para o paciente voltar para onde foi internado, para pedir um relatório. Quer dizer, é muito grande a dificuldade(...), principalmente, quando os serviços são fora do município” (M 7).*

A falta de retaguarda às unidades, agravada pela crise do SUS, tornava muitas vezes o trabalho frustrante, como no relato abaixo, em que apesar do acompanhamento pré-natal realizado na unidade, por falta de assistência hospitalar, “o caso” terminara em óbito fetal:

*“Isso já me deixou muito chateado. Uma paciente que eu acompanhei com todo o cuidado durante todo o pré-natal, que era uma paciente de risco, (...) deu à luz, e quando voltou contou que perdeu o bebê porque foi no Hospital Municipal e como não tinha vaga foi encaminhada para o município de Santo André, (...) Quando chegou lá o feto já estava morto” (M4).*

Os profissionais afirmavam ser “angustiante” a falta de acesso a exames subsidiários, principalmente os que permitiam o diagnóstico precoce de patologias responsáveis por importantes índices de morbimortalidade da população, como o câncer de próstata e o câncer de mama. Em geral, apenas orientavam os pacientes que deveriam realizar o exame, não encaminhando para nenhum lugar em especial.

*“ Antes nós falávamos, vai para tal lugar pegar uma guia por exemplo (...) Agora nós mandamos ir para o mundo (...) mandamos o paciente ir batendo em vários locais para ver aonde consegue fazer o exame (...). Às vezes, é paciente já idoso, e é muito difícil” (M7).*

Os problemas apontados acima relacionam-se à percepção de não estarem praticando uma “medicina” possível, com os recursos hoje existentes. Estas dificuldades para o acompanhamento de pacientes, dentro do próprio referencial da clínica, demonstram que a demanda para a assistência médica em unidades básicas não é apenas de casos simples, que necessitariam de utilização de pouca tecnologia material.

A falta de acesso a recursos diagnósticos, as dificuldades de um sistema de referência e contra-referência aproximam a atuação desses profissionais a uma prática de “triagem” de casos, o que realmente torna o trabalho desinteressante. Isto nos remete para a questão de que a construção de uma prática mais adequada e satisfatória nas unidades de saúde envolve transformações no sistema de saúde como um todo, e não apenas das unidades básicas:

O desenvolvimento tecnológico traz desafios para o gerenciamento e organização dos serviços básicos. Se por um lado traz a necessidade de incorporar determinados recursos para o diagnóstico precoce de patologias prevalentes, como nos casos de câncer de mama e de próstata, ou para o acompanhamento e controle

de outras; por outro lado traz também a necessidade de discutir a prática de realização de vários exames subsidiários, no atendimento, substituindo a anamnese e a relação com o paciente.

A importância da prática especializada, do atendimento de casos de complexidade científica e do trabalho em outros níveis do sistema não é igual para todos os profissionais. Como já referimos, os médicos em Diadema têm diferentes concepções sobre o trabalho em unidades básicas. No entanto, mesmo aqueles que fizeram a opção pela área de saúde pública, consideravam esse trabalho monótono e desmotivante.

Esses profissionais sentiam-se consumidos pela necessidade de atendimento *“você atende, atende, atende, atende e por vários motivos acaba crescendo pouco, aprendendo pouco”* (M8). Como a maior parte dos atendimentos feitos nesses serviços, na opinião deles, se restringia à resolução da queixa imediata, o trabalho tornava-se realmente desmotivante.

Profissionalmente também cresciam muito pouco, pela falta de espaço para refletir e repensar o trabalho: *“Teria que discutir o nosso próprio trabalho, senão a gente acaba não repensando no que faz, (...) teria que ter esse tempo para melhorar o trabalho, (...) ter formação que te faça crescer tecnicamente, crescer como pessoa (...) a motivação vem do seu crescimento(...) mas como aqui a demanda é muito grande”* (M5).

Levantavam a necessidade de poderem refletir sobre a sua atuação não apenas na resolução de cada *“caso clínico”*, mas numa intervenção mais ampla. Ressentiam-se da falta de integração com outros profissionais e de um trabalho em equipe: *“As pessoas aqui não formam uma equipe (...). Eu posso dizer equipe de saúde mental, porque realmente eles trabalham juntos e é um trabalho de equipe, eles tentam fazer um trabalho conjunto, (...) de alguma forma discutem casos, o que é enriquecedor. O pediatra não (...) trabalha sozinho, se mata de trabalhar, atende, atende, atende e não conversa com ninguém”* (M5).

Segundo esses médicos a falta de espaço para a discussão e integração com outros profissionais decorria da pressão da demanda. *“Eu acho que o volume de*

*atendimento é que provoca um pouco isso (...), acho que há uma dificuldade pela falta de tempo mesmo e pelas características do trabalho, para se relacionar e poder se integrar” (M8).*

No entanto, como já apontamos, essa falta de espaço para discussão e reflexão sobre o trabalho não procedia apenas da “*pressão da demanda*”, mas de uma concepção gerencial da organização do processo de trabalho nas unidades e, em particular, do trabalho médico. Para os gerentes, os programas e as reuniões clínicas seriam suficientes para uma adequada organização do trabalho.

Ainda segundo os médicos as reuniões clínicas por especialidade contribuía para a troca de informações científicas e para organizar o atendimento, mas nelas não havia espaço para a reflexão sobre o trabalho. Como afirmou a médica “*Existe a proposta política de funcionamento, de atendimento, (...) existe a proposta de trabalho de cada profissional, de cada programa, só que o cotidiano é o outro lado do trabalho*”. No trabalho em saúde é preciso refletir e avaliar esse trabalho, “*aliás, é um ponto crucial*” (M8).

As avaliações gerenciais existentes eram restritas à quantidade de atendimentos e não diferenciavam a qualidade do trabalho de cada profissional e a sua adequação às necessidades do serviço, não estimulando um empenho maior: “*Não se mede profissionalismo ou competência com um tratamento estatístico do número de atendimentos. Isso é péssimo, desestimula o profissional*” (M1).

A falta de reflexão e avaliação sobre o trabalho facilitava que o serviço fosse simplesmente “*tocado*”. E tolhia o aprendizado e o crescimento técnico porque não permitia ao médico “*uma visão mais ampla*” do seu trabalho, um retorno sobre sua atuação.

“*O retorno do trabalho aqui é um pouco difícil. Não temos dados estatísticos sobre os casos que acompanhamos e tiveram um bom sucesso, né?. Hipertensos que estejam bem controlados, talvez em função da nossa atuação, a gente não sabe (...). Nós não temos dados, (...) os nossos resultados não são registrados para depois ter uma análise estatística. Não há levantamentos do que está acontecendo.*

*Os diabéticos, por exemplo, quantos nós temos? Não sei. Quantos retornam? Quantos desaparecem ou vão para outro serviço? Esses dados nós não temos” (M7).*

Para melhorar o envolvimento do profissional, como afirma Campos (1997b), é importante aproximá-lo do resultado do seu trabalho. A avaliação do trabalho, os espaços de discussão em equipe, os desafios para a construção conjunta de projetos de intervenção, possibilitam ampliar o olhar dos profissionais sobre a complexidade dos problemas de saúde e envolve-los nesse trabalho.

Esses depoimentos demonstravam que além de a formação dos profissionais não valorizar o trabalho nos serviços básicos, as próprias condições de organização faziam-no desinteressante. Indicavam também a importância do trabalho em equipe, dos espaços de reflexão, aprendizado e avaliação do trabalho para a construção de uma prática de melhor qualidade e mais estimulante e satisfatória para os profissionais.

Apesar de a maioria dos médicos achar o trabalho nesses serviços desmotivante, alguns referiam que muitas vezes era gratificante, porque *“diferente de uma atuação de pronto-socorro, que se limita ao atendimento de intercorrências de quadros agudos”*, o atendimento nas unidades básicas pressupõe o acompanhamento dos pacientes o que *“possibilita estabelecer uma relação mais conseqüente com o paciente”*. Por essa possibilidade de vinculação e acompanhamento dos casos, na opinião desta profissional *“ser médica de unidade básica é mais trabalhoso porém mais gratificante do que ser médica em outro local” (M8).*

No entanto, essa vinculação do paciente ao serviço tornava-se problemática, na opinião de outros, quando o caso não conseguia ser resolvido pelo médico. Mesmo quando encaminhados para outros serviços ou especialistas, *“os pacientes retornam sempre para nós, às vezes com as mesmas queixas”*, o que era *“angustiante”*.

#### 6.4. O ATENDIMENTO MÉDICO E O MODELO TÉCNICO-ASSISTENCIAL

Para os médicos, a característica fundamental de uma unidade básica de saúde seria realizar a prevenção. Em decorrência dessa característica, para alguns o atendimento médico individual nas unidades seria “secundário” e até “dispensável: *Em primeiro lugar deve atingir o maior número de população possível, com educação em saúde, (...) prevenção em massa, vacinações, (...) acho que seria viável fazer uma unidade só de prevenção com a clínica fora da UBS*” (M7).

A maioria dos profissionais, no entanto, afirmava que “*não têm sentido uma unidade básica sem o médico*”. Entendiam que a prevenção, além das ações de educação, dos grupos de orientação, deveria se realizar também nas consultas agendadas. É o que se deduz desta citação.

“*Se eu estou numa unidade básica de saúde eu vou fazer um atendimento básico de saúde, que é profilaxia, prevenção e orientação, (...) porque não adianta nada ela ser atendida por corrimento e não usar prevenção para AIDS*” (M1).

Referiam que o atendimento do médico na unidade não deveria se restringir apenas à “*saúde física, mas abranger um contexto maior*”, ter uma função mais ampla de cuidar da saúde: “*Vai além de dar uma receita (...) tem que (...), exercendo a condição de médico tratar da saúde, (...) orientar sobre os principais problemas*” (M6).

O discurso predominante entre os médicos de Diadema se diferenciava do observado no estudo de Mendes-Gonçalves (1986). Este autor refere que a tônica do discurso dos médicos consultantes recaía sobre a dimensão estritamente curativa do trabalho, sendo que apenas alguns pediatras lembravam a dimensão preventiva desse trabalho.

Em Diadema, provavelmente pela sua história institucional, o discurso da importância de ações preventivas e até mesmo de um atendimento mais integral foi assimilado pelos médicos. No entanto, apesar de historicamente as unidades básicas terem sido organizadas não apenas para oferecer atendimento programático mas

também atendimento nas intercorrências clínicas, este ainda não parecia assimilado pelos médicos como função da unidade básica.

Para eles o *“ideal seria que o atendimento médico fosse só preventivo, programático”*. As unidades de saúde *“não teriam que ter atendimento de emergência”*. As consultas eventuais e as de urgências eram consideradas *“males necessários”*; deviam ser realizadas, mas desvirtuavam a função da unidade básica: *“Os pacientes chegam com problemas de febre, bronquite, cortes e etc (...) então acaba-se fazendo esse atendimento”* (M2).

Apesar de esses atendimentos denominados de “eventuais, PA, emergência” responderem por bem mais de 50% chegando às vezes até a 70%, do volume das consultas e de os médicos afirmarem que *“grande parte do pessoal que é atendido no pronto-socorro, tem problemas ambulatoriais que poderiam ser atendidos aqui (na unidade) e não deveriam estar lá”*, esses atendimentos não são, de modo geral, assimilados como pertinentes às atividades de uma unidade básica, mas como um *“desvio”* que impede uma adequada realização de suas funções (M5).

*“Aqui é unidade básica, não é pronto-socorro (...). Tirando um pouquinho dos atendimentos de urgência, daria mais tempo para poder entrar em outros detalhes de puericultura, em outras coisas”* (M6).

Essas declarações apontam para o conflito presente nesses serviços entre as ações programáticas e a pressão por pronto-atendimento. Como vimos, a proposta de reformulação do modelo de atenção não tem como referencial enfrentar esse conflito. O discurso hegemônico na Secretaria, no momento da pesquisa, parecia reforçar, para os médicos, uma visão dicotômica entre prevenção e assistência.

Em relação à diretriz da Secretaria, de que deveriam desenvolver mais ações coletivas fora do atendimento, havia uma série de questionamentos. Avaliavam, de uma maneira geral, que não possuíam uma formação adequada em saúde pública para desenvolver essas ações:

*“Esse tipo de atuação para mim é um pouco difícil (...). A gente não tem uma formação de sanitarista, tem uma formação de atendimento individual, a formação acadêmica nossa foi assim, a residência foi assim, hospital é assim, (...) o*

*que eu faço é atendimento individual. O grupo eu tenho dificuldade, educação em saúde eu acho ainda mais difícil” (M7).*

Além disso, os médicos tinham diferentes afinidades com esse trabalho. Aqueles que não gostavam sentiam-se pressionados a desenvolver essas atividades, alguns relatavam que chegavam até a sentir “*pavor*” em, por exemplo, fazer grupo. “*Não gosto de jeito nenhum de fazer grupo, reconheço a necessidade mas (...), quando faço saio daqui exausta, é uma coisa que me consome*” (M3).

Consideravam essas atividades não específicas do médico e, portanto, não deviam ser obrigados a fazê-las. Para eles, “*o médico pode até ajudar a montar, treinar funcionários, até participar de uma reunião*”, mas essas ações, fundamentalmente, deveriam ser desenvolvidas por outros profissionais.

Paradoxalmente, aqueles que gostavam e poderiam desenvolver mais essas atividades criticavam que a própria organização do serviço dificultava isso. Ao mesmo tempo que, no discurso da Secretaria, a prioridade era a realização de mais ações coletivas e educativas fora do espaço da consulta, na prática, ao efetuar um corte no número de médicos e pressioná-los a aumentarem sua produtividade de consultas individuais, entrava em conflito com essa diretriz. A diminuição no número de profissionais limitava a atuação nessas outras atividades. “*O que você faz 95% do tempo é atender a demanda*” (M5).

Além disso, refletiam que as ações coletivas, as atividades de grupo, não eram atividades somente do médico, mas deveria contar com a participação de outros profissionais e discussão conjunta para definir a melhor forma de atuar nesses espaços. “*Não é fazer e pronto, (...) para o profissional desenvolver um trabalho desse (...), é muito mais complexo, é muito mais complicado(...). Tem que haver uma discussão, uma abordagem entre os profissionais para ver o que é que se espera, por exemplo, de um atendimento assim*” (M8).

Na avaliação desses médicos, a Secretaria apresentou sua diretriz de forma “*meio solta*”, sem garantir o suporte necessário para os profissionais. Além da pressão da produtividade, não promoveu espaço de discussão e de trabalho em equipe para realizar essas atividades. “*Eu gosto de fazer grupos e sempre gostei,*

*(...) se tivesse disponibilidade de fazer com outros profissionais seria legal, (...) só que a gente não tem essa disponibilidade” (M1).*

Os depoimentos acima confirmam o que já havíamos apontado na análise das entrevistas com os gerentes. Há uma contradição entre a diretriz que os médicos desenvolvam mais atividades coletivas e as condições objetivas para implementá-la. O trabalho em equipe e os espaços de discussão também aparecem como importantes para possibilitar a organização e o desenvolvimento de trabalhos de grupos e outras atividades coletivas.

## **6.5. A VISÃO DOS MÉDICOS SOBRE A CONSULTA MÉDICA**

Em que pese ao discurso geral dos médicos, de que o atendimento individual deveria ser prioritariamente programático, para poderem desenvolver ações de prevenção e promoção, na prática nem todos os profissionais trabalhavam com esse referencial. A maior parte dos médicos considerava o atendimento adequado se respondesse à queixa, como se vê neste depoimento:

*“O atendimento dentro de unidade básica de saúde, (...) eu vejo que o paciente chegou com uma queixa, essa queixa tem tratamento, (...) o posto atendeu essa queixa, teve o médico para dar consulta e medicação na farmácia para dar para o paciente. Então (...) foi atendida a queixa da paciente, pelo menos no sentido físico, tá bom” (M3).*

Utilizando-se desse referencial, restrito à dimensão curativa e física, a maior parte dos profissionais avaliava que o atendimento médico oferecido nas unidades básicas de Diadema, mesmo com as dificuldades na obtenção de alguns exames, era de boa qualidade. A estrutura das unidades, com salas de inalação, observação etc., era considerada adequada para resolver a maior parte das patologias, bem como o número de consultas e o tempo disponível para cada consulta.

*“Tem uma sala com estrutura legal para o atendimento da minha área (toci-gineco), a paciente tem o tempo para falar da queixa e eu tenho tempo para examinar e pedir alguns exames. O atendimento não é ótimo porque falta muitas vezes material, ultra-som” (M1).*

*“Eu acho que o atendimento aqui é bom, dentro das limitações, o que dá para resolver ao nível de unidade básica de saúde a gente tem resolvido (...). A maior parte das patologias dá para a gente resolver, unidade está capacitada (...). Acho que o número de consultas não é muito, (...) só quando tem sutura atrapalha um pouco porque pode levar mais tempo” (M7).*

Este médico afirmava que grande parte das consultas agendadas, com exceção do atendimento de pré-natal e de puericultura, não enfocava outras questões além do problema físico ou da queixa expressa. *“Eu vejo que uma grande parte dos colegas (...) atendem rapidinho (...) porque é só a doença, só a patologia (...) não existe uma preocupação de ver a criança como um todo ou o paciente no caso dos clínicos e GO (...). Eu não sei te dizer em porcentagem, mas deve ser mais que 60%” (M5).*

Esse padrão de atendimento médico é o padrão hegemônico encontrado em outras investigações realizadas em unidades básicas. As necessidades de saúde tendem a ser reduzidas aos problemas do corpo, mais do que isso, a queixa principal, indicando uma terapêutica, em geral, medicamentosa (Dalmaso, 1996; Mendes-Gonçalves, 1986).

Nesse sentido, apesar de o discurso dos médicos em Diadema se diferenciar daquele observado no estudo de Mendes-Gonçalves (1986), o referencial predominante que orientava a prática parecia ser restrito a dimensão curativa e ao atendimento da patologia, da queixa, e, portanto, semelhante ao observado por esse autor.

Mesmo os médicos que pensavam que a consulta individual deveria ter um caráter mais amplo, diagnosticando riscos, orientando e prevenindo agravos, avaliavam que grande parte do atendimento que realizavam também respondia apenas à queixa, *“é o que dá”*. O limite para oferecer um atendimento mais amplo,

para esses médicos, ao contrário da maioria, seria o pouco tempo disponível para as consultas e a pressão para atenderem à demanda, como se vê:

*"Durante a consulta para você lidar com o aspecto preventivo, ver a criança de uma maneira diferente, não só aquela patologia, aquela doença, leva algum tempo, algum relacionamento (...). Teoricamente em 15 minutos você deveria: saber da mãe a patologia; saber a parte da alimentação, do desenvolvimento; ter algumas interferências nas questões emocionais; examinar; pedir exames, encaminhar e orientar (...) e o tempo é pouco para o número de consultas (...). Então não dá. A gente acaba atendendo mais a demanda, a queixa atual (...). Na parte mais preventiva a gente atua pouco" (M5).*

O atendimento em Diadema era melhor do que o de outros serviços públicos quanto ao "aspecto curativo", porém deixava a desejar quanto a um "atendimento mais integral" e "ter uma interferência mais a nível preventivo (...) de saúde pública". Esses médicos, que se identificavam com o trabalho em saúde pública, ponderavam que "fica muito pouco" do atendimento e consideravam "bastante frustrante", profissionalmente, não poderem realizar uma outra prática (M5).

Os profissionais que trabalhavam com esse referencial ponderavam que não se tratava de "minimizar o que o serviço consegue responder", pois "dificilmente uma pneumonia deixa de ser diagnosticada, ou uma diarreia de ser adequadamente tratada e orientada". A unidade estaria preparada para responder à maior parte das queixas simples, evitando complicações e internações, e isso deveria "ser valorizado", porque era resultado de investimentos em infra-estrutura e na formação dos profissionais em reciclagens e atualizações. No entanto, para eles, o desafio seria "ir além disso (...), dar uma resposta à demanda de saúde de uma forma mais completa" atuando também em outros problemas e promovendo a prevenção da saúde (M8).

Esses depoimentos expressam, de certa forma, os avanços e os limites do atendimento nas unidades básicas de Diadema, bem como os desafios para o atendimento nesses serviços. A médica a seguir discutia que a pressão para os médicos atingirem a meta de 16 consultas por período de quatro horas reforçava a tendência de que o atendimento individual fosse mais voltado para a queixa:

*“Pressionado pelo tempo não dá para fazer um atendimento bom, ou parte do atendimento é bom e parte não é (...). O objetivo de tentar evitar internação é possível cumprir,(...) mas se você for pensar na unidade básica ter uma atuação mais efetiva, têm uma série de casos que demandam mais tempo para fazer uma melhor abordagem (...). Os casos de patologias que têm alguma complexidade clínica ou uma gravidade um pouco maior, (...) casos que não são complicados do ponto de vista clínico, mas a parte do relacionamento da criança, da mãe e da família precisam de um tempo maior para serem abordados etc.” (M8).*

Essa médica considerava, no entanto, que entre os médicos *“ficou sedimentado que 16 consultas no máximo é bom, que dá para atender (...). A maioria dos colegas atendem esse número sem reclamar do tempo, são poucos os que precisam de mais tempo”*, e apontava, assim, um dilema para a organização do trabalho médico nessas unidades, que era lidar com a heterogeneidade existente entre os profissionais, sugerindo que *“para cada profissional teria que ter um esquema diferente, porque depende muito do ritmo e da abordagem que cada um faz” (M8).*

Prosseguia afirmando que a existência de normatizações e dos programas não garantiriam, necessariamente, uma determinada prática: *“Apesar de ter até uma proposta de programas, (...) ter uma orientação nesse sentido (...). Na minha avaliação com o programa se consegue muito pouco, a consulta acaba muito dependendo da coisa individual, da preocupação de cada profissional” (M8).*

A abrangência do trabalho está norteadada pela concepção do profissional sobre a finalidade de seu trabalho. A formação cada vez mais voltada para medicalizar a queixa, para indicar uma terapêutica, para aliviar um sintoma, sem buscar as determinações do problema, favorece uma prática restrita. Por outro lado, o serviço e a atuação gerencial também contribuem para isso quando não criam condições e não intervêm para organizar essa prática, para que ela seja mais ampla, e não restrita apenas ao atendimento da queixa expressa.

O atendimento mais voltado para a queixa tem alguma eficácia, porque consegue responder a uma série de necessidades agudas e emergenciais. Quando, porém, passa a ser o padrão predominante de atendimento, cumpre o papel apenas

de responder a uma necessidade socialmente valorizada, de “passar no médico”. Como discutido no começo deste trabalho, uma parcela importante da demanda por médico em unidade básica é uma demanda mais complexa, em que esse tipo de atendimento é muito pouco eficaz.

Nas entrevistas com os médicos surgiram vários relatos, ilustrando uma variedade de situações nas quais os pacientes utilizavam “*uma desculpa de doença*” para passarem no pronto-atendimento e, assim, poderem falar de seu sofrimento e receberem atenção.

*“Muitas vezes, em pediatria, a mãe traz uma criança com quadro de resfriado, (...) e aí quando eu pergunto se ela não sabe tratar o resfriado, (...) ela responde que veio na verdade para conversar e para contar que brigou com o marido(...). Tem alguns casos muito interessantes (...). É comum essa demanda que não é da criança (...), que usam a consulta para poder conversar, para poder se abrir e ampliar o seu mundo. Eu não sei estatisticamente, (...) mas acho que é uma demanda grande” (M 8).*

*“Tem uma velhinha de 82 anos que eu peço retorno a cada quatro meses, mas todo mês ela volta e dá um jeitinho de encaixar em uma consulta eventual, mesmo estando bem” (M7).*

Eram comuns casos de pacientes que retornavam muitas vezes à consulta porque se acreditavam muito doentes: *“Muitos se acham doentes e vêm para consulta”,* só que *“o problema do paciente não é clínico propriamente, (...) mas eles vêm sempre porque não está sendo resolvido o problema deles (...) não têm onde se amparar e vem sempre com o clínico” (M 7).*

Os médicos reconheciam que eram procurados não apenas para atuarem sobre a doença, mas também para desempenhar outras funções. Como dizia este profissional: *“Aqui você não é só médico, (...) você é médico, você é orientador, você é um pouco de psicólogo, você (...) tem que ser as vezes um confidente. O médico de unidade tem que ser um médico assim (...) sei lá, que busque, (...) porque nem sempre a origem de um problema de saúde é só um problema físico, mas é um problema em casa, um problema de desajuste, outros problemas mais sérios” (M6).*

Apesar disso, “*não acontecer só com a população de baixa renda, que usa o posto, mas com todo o mundo*”, o poder desse profissional, aí, parece ser maior. Como afirma radicalmente este entrevistado: “*O médico é a célula-mater, o principal sustentáculo da UBS (...), perante a população é a pessoa mais culta que tem lá dentro, é a pessoa mais esclarecida, mais inteligente e teoricamente mais instruída, (...) que tem até condições de curar uma doença*” (M4).

Como já visto, a valorização das pessoas pelo atendimento médico e o modelo de organização dos serviços, que cria outras possibilidades de escuta e de acolhimento, contribuem para essa demanda por atendimento médico.

Se “*a pressão da demanda*”, ou a pressão por “*passar no médico*” é grande, fazendo com que mesmo os profissionais que tenham como referencial dar um “*atendimento mais integral*” respondam apenas à queixa expressa, esse tipo de resposta aumenta ainda mais a demanda por atendimento médico, porque não responde às necessidades do paciente.

A profissional a seguir exemplificava isso, ao relatar um caso que considerava comum nas unidades. Referia que a paciente retornou várias vezes ao serviço com a mesma queixa e só após a utilização de alguns medicamentos, que não resolveram o problema, é que conseguiu perceber que sua necessidade era “*outra*”, e que a sua abordagem, centrada em acertar um “*medicamento*”, estava inadequada.

“*A paciente chega com corrimento, você examina e não tem nada, mas como ela está enchendo a paciência porque quer pomada, (...) você acaba dando uma pomadinha para ela (...). Aí na consulta seguinte, não melhorou a queixa e você muda o medicamento (...) ela volta, duas, três, tantas vezes. Até que um belo dia (...), você pergunta . O que foi? Ela gostou de mim? Não, não gostou de mim (...). O que será que ela está querendo dizer? É que eu não parei para ouvir, não cheguei ao xis da questão e aí resolvo falar: - Eu estou vendo que você está com um monte de queixas, que você tá ansiosa. Está tudo bem na sua casa? no seu trabalho? com o seu marido? Está acontecendo alguma coisa que esteja te deixando ansiosa?*” (M3).

Quando conseguiu ir ao “xis da questão” e realizar uma abordagem que abriu espaço para que a paciente pudesse falar sobre os seus problemas, “sarou tudo”, sem precisar de medicamento. A “queixa era somatização mesmo”, e a necessidade era ser “ouvida, (...) ela estava pedindo para alguém ouvir, para alguém passar a mão na cabecinha dela, porque estava com problemas em casa por causa do marido que perdeu o emprego” (M3).

Os médicos reconheciam que a não-percepção da demanda do paciente acarreta, muitas vezes, a utilização de muitos recursos diagnósticos, exames e consultas a especialistas desnecessários: “Acontece muito de pular de médico em médico, pular de um hospital para outro, e chegar aqui, depois de várias consultas em lugares diferentes”, como no exemplo contado por esta médica:

“Outro dia eu atendi uma mulher, que ficou um ano e meio fazendo cultura de secreção vaginal, das duas filhas dela, porque estava com corrimento e os médicos pediam cultura, davam um remédio e não resolvia (...) e ela mudava de médico. Aí, eu percebi que era indicação de uma dificuldade, de uma ansiedade na área da sexualidade, porque essa secreção nas meninas era normal (...). Eu conversei e (...) eu achei que ela percebeu o problema e que ajudou a paciente, (...) acho que ela saiu satisfeita com a orientação que eu dei” (M1).

A racionalidade científica, que busca um problema físico, contribui, como afirma Balint (1988), para que o “sofrimento” do paciente seja organizado cada vez mais na forma de um “sintoma orgânico”. A tentativa do médico é sempre afastar uma causa orgânica, dificilmente estando atento para outras causas, que sempre são de exclusão, o que muitas vezes retarda a percepção do problema do paciente.

Este médico exemplifica bem isso com o relato de um caso: “Uma mulher trazia para a consulta a criança pequena, porque ela chorava a noite toda, (...) fiz exame de urina, hemograma, cultura, (...) passou pelo neuro, mas não resolvia. A criança continuava a chorar toda noite (...) Eu comecei a pensar, não é possível, tem que ter alguma coisa (...). Só depois de vários retornos, de não conseguir encontrar uma causa orgânica para a irritação da criança, deu um estalo de ouvir aquela mulher, eu vinha atender normalmente e deu esse estalo, (...) e aí quando eu parei para conversar com a mulher ela começou a chorar, estava desesperada, (...)

*ela era mãe solteira e tinha problema em casa,(...) a avó, a tia, ninguém aceitava a criança, (...) por isso que ela era tão irritada” (M2).*

Era também reconhecido pelos profissionais que o atendimento, com frequência, não oferece espaço para que o paciente possa falar sobre os seus problemas, dirigido que está para diagnosticar a queixa principal e medicar.

*“Muitos pacientes vêm, a gente escuta a queixa, a gente examina e quando volta para a cadeira para pedir os exames é que eles falam: Ah! também está doendo em outro lugar (...). Acho que isso é falha médica na verdade, porque o paciente não teve tempo de dizer tudo ou não se sentiu à vontade para isso” (M7).*

Os depoimentos demonstravam que uma parcela considerável de retornos em consulta médica ocorria por não haver um diagnóstico das necessidades dos pacientes, nem uma intervenção satisfatória. Como vimos, intervir nessas questões é complexo e exige um trabalho multidisciplinar, porém, para o diagnóstico das necessidades do paciente, é de fundamental importância a atuação do médico.

Segundo os entrevistados, para esse diagnóstico, entre outras coisas, é preciso que haja disponibilidade, tempo para o paciente, *“tempo para a consulta, tempo para ouvir, tempo para examinar”*, que se estabeleça um vínculo de maneira a poder *“escutar e orientar”*, o que, nem sempre acontece.

## **6.6. A ESCUTA E O VÍNCULO COM O PACIENTE**

Os médicos, de uma maneira geral, atribuíam, ao pouco tempo disponível para a consulta as dificuldades em estabelecer um melhor vínculo com o paciente, *“porque não consegue dar conta de atender todo mundo, tem encaixe, (...) tem que preencher papéis, todas essas coisas, (...) a própria condição do serviço, força, as vezes, você não ter um maior entrosamento com o paciente” (M6).*

As condições do serviço, que pressionavam para maior produtividade de consultas realmente dificultavam isso. No entanto, como vimos, eram poucos os

médicos que referiam ter necessidade de mais tempo para a consulta e problematizavam os limites do atendimento, indicando que o referencial que os orientava não era priorizar o estabelecimento de um vínculo maior com o paciente, portanto, o tempo disponível para a consulta, para a maioria dos profissionais, não era o limitante do vínculo.

Na opinião deste médico seria uma tendência da profissão não estabelecer relação com o paciente, substituindo-a por exames e pela indicação de uma terapêutica para a queixa:

*“No decorrer dos anos que a gente está trabalhando, dá para notar que a relação médico-paciente vem num decrescente, (...) a relação foi caindo cada vez mais até se resumir a uma queixa e a um receituário (...). Muitas vezes o paciente entra e os “colegas” estão com a cabeça baixa e nem olham para o paciente para perguntar o que ele está sentindo, (...) não tiram uma história para desenvolverem um raciocínio, (...) quer dizer não há relação médico-paciente” (M6).*

Para alguns médicos, muitos não estabeleciam um vínculo mais conseqüente, não assumiam o paciente como sendo de sua responsabilidade, por se tratar de um serviço público: *“O paciente dentro do serviço público, em geral, não é de ninguém e a responsabilidade se dilui muito” (M7).*

Apesar da orientação geral nos serviços de Diadema de marcar retornos sempre com o mesmo profissional, na opinião desta médica: *“Uma grande proporção dos colegas (...) em grande parte das vezes, não se responsabiliza por aquele paciente (...) não marca nem retorno não sabe o que aconteceu com aquela criança e não vai saber nunca” (M5).*

Os médicos entrevistados de fato demonstravam ter diferentes entendimentos de qual seria a sua responsabilidade e compromisso com o paciente. Para este médico, a responsabilidade deveria ser pelo acompanhamento do paciente, inclusive fora da unidade, em sua casa, definindo-se claramente um número de pessoas que seriam vinculadas a cada profissional. *“Ter um número de pacientes para cada médico ir acompanhando, se responsabilizando para acompanhar as intercorrências em casa e no hospital, (...) ver a parturiente, o paciente que teve AVC, aí a relação médico-paciente é bem diferente” (M7).*

Para esta outra entrevistada, o médico deveria ter a responsabilidade de resolver o problema do paciente: *“Eu penso que se é meu paciente (...) até onde eu puder resolver e ajudar é comigo. Então você vê e tem o retorno, (...) vai ver o que mudou do que você fez, (...) isso é responsabilidade do profissional com aquele cliente” (M5).*

Outros, no entanto, entendiam que a sua responsabilidade se restringia ao atendimento no consultório e terminava ao *“preencher uma guia de encaminhamento”*. A organização do serviço, que procurava fixar os pacientes aos médicos, era encarada como um problema.

Os gerentes também viam como problema importante o envolvimento e a responsabilidade dos médicos com os pacientes. No entanto, como vimos, não desenvolviam nenhuma ação ou mecanismo para intervir nisso. A orientação do serviço para que os retornos fossem com o mesmo profissional é fundamental, mas insuficiente. O desenvolvimento de estratégias para trabalhar com o envolvimento e responsabilização desses profissionais se constitui num grande desafio gerencial para a organização de uma prática mais efetiva.

Como afirma esta médica, apesar de *“depende da consciência de cada profissional”*, essas questões *“deveriam estar sendo discutidas, (...) dentro do espaço que você criasse para discutir o seu trabalho, (...) discutir a própria profissão médica” (M5).*

Apesar de não terem sido comentadas pelos entrevistados, como algo que interfere com o vínculo, na nossa opinião as atividades de pré e pós-consulta, por tornarem menor o contato do médico com o paciente, substituindo algumas vezes até mesmo a investigação da queixa, intervêm na percepção das necessidades do paciente. A consulta, não raro, fica restrita a um exame físico dirigido e a indicação da terapêutica, como bem demonstra este depoimento:

*“Acho muito interessante isto, porque fica sobrando para o médico só a parte do file mignon, só a parte que é preciso mesmo (...). Já vem com todos os dados, inclusive com a queixa do dia (...) então antes da paciente entrar eu já estou sabendo do que se trata, eu já sei o nome dela, o quanto pesou, como está a*

*pressão, (...) se está preocupada, se o neném não mexe, (...) ela nem precisa dizer nada(...) é só deitar para examinar, escutar o foco” (M4).*

A estruturação do serviço dessa maneira era avaliada como muito positiva para a clientela das unidades de saúde, mas não para a que utilizaria o consultório particular. *“No consultório, (...) o paciente quer passar é com o Doutor (...) e quer que ele faça o atendimento completo”. Com o paciente particular, “é importante que o médico faça todo o processo de atendimento, ele exige isso do médico e por ser particular tem esse direito” (M4).*

Este médico se justificava afirmando que *“apesar de perder mais tempo no consultório esclarecendo mais a paciente, no final o resultado e a conduta acabam sendo a mesma”*, atribuindo, assim, uma pequena importância para os aspectos relacionais da prática.

Além de esse depoimento indicar um entendimento da clientela dos serviços como detentora de menos direitos, ele expressa também a concepção de que a prática médica, sendo científica, é uma prática neutra, na qual não interfeririam fatores pessoais, ideológicos e, portanto, aspectos relacionais não alterariam significativamente seus resultados.

Os médicos, de modo geral, avaliavam as atividades de pré e pós-consulta como facilitadoras do seu trabalho. O pessoal auxiliar, ao efetuar a triagem dos casos que necessitavam passar em consulta, amortecia os conflitos em relação à demanda e evitava a pressão direta sobre os médicos. A crítica, em relação a pré e pós-consultas, se referia apenas à falta de qualificação do pessoal auxiliar para desempenhar adequadamente essas atividades, e não à fragmentação do atendimento.

Ao caracterizarmos as atividades de pré e pós-consulta como obstáculos de um vínculo maior com o paciente, tivemos a intenção de apontar apenas como uma tendência para isso, mas temos a dimensão que não necessariamente desempenham esse papel no atendimento de todos os profissionais.

As várias questões levantadas atrás interferem no estabelecimento do vínculo, de espaços de escuta na consulta. No entanto, as dificuldades não se limitam a essas questões, como expressa o depoimento deste médico:

*“Para estabelecer uma relação com o paciente que contemple o lado, como vou dizer o lado mais afetivo, (...) eu tenho aqui uma carga muito grande de trabalho, (...) não tenho tempo para desenvolver, para acompanhar, esse lado, então eu não faço (...) eu não tenho tempo para abordar essas questões, (...) mas eu também acho difícil, (...) também não faço para não haver confusão nas coisas, (...) acho que não estou capacitado a ajudar” (M4).*

Este depoimento aponta a existência de uma outra ordem de fatores, relacionados às dificuldades próprias do médico em lidar com os aspectos relacionais da sua prática, que interferem na escuta e no vínculo com o paciente. Várias dessas dificuldades eram explicitadas nas entrevistas.

Alguns médicos afirmavam que, muitas vezes se percebiam com disponibilidade para escutar o paciente. Esta médica dizia que, dependendo de como estava o seu *“estado de ânimo, nem sempre está disponível para escutar. Tem umas pacientes que começam a contar uma história comprida (...). Tem dias que eu estou impaciente, (...) o paciente começa a falar, enrolar, enrolar e aí eu falo: -Dá para ser um pouco mais objetiva?”*. Muitas vezes não queria escutar a queixa porque o *“que se ouve do paciente”* pode ser conflitante com suas concepções pessoais *“porque tem o jeito de pensar, o outro lado do profissional”*. Além disso *“é difícil e complicado”* ouvir *“que o marido bate nela, que o marido bebe”* porque *“é difícil ouvir e ficar isenta, (...) a minha dificuldade maior é lidar com a minha ansiedade” (M3).*

Escutar e estabelecer vínculo com o paciente implica maior envolvimento emocional e desgaste do profissional, como afirmava este outro médico: *“se fizer isso com todos os pacientes saio daqui esgotado” (M6).*

Como vimos, ao estabelecer uma relação com o paciente desencadeiam-se mecanismos de transferência e contra-transferência que provocam o aparecimento de vários sentimentos no médico: *“eu ouvia e me inflamava e não conseguia chegar com objetividade, primeiro dava uma estouradinha com a paciente para depois ouvir” (M3).*

Como a prática médica é identificada como científica e neutra o profissional sente dificuldade em lidar com situações em que deve haver uma interferência dos

seus sentimentos e das suas concepções pessoais nos seus julgamentos. Além disso, quando se estabelece um espaço de escuta, há a possibilidade de surgirem outras necessidades do paciente que não podem ser resolvidas pelo saber científico estruturado. A dificuldade de escutar é maior quando objetivamente não se trata de um problema físico, de uma alteração que possa ser corrigida com uma intervenção que seja de domínio do profissional.

Esta médica expressava sua dificuldade em lidar e, conseqüentemente, em abordar questões da sexualidade: *“Como médica a gente tem dificuldade (...) Geralmente são questões relacionadas a área da sexualidade, muitas vezes não é nada de ginecológico mesmo, (...) a gente tem dificuldade de lidar com a sexualidade, (...) em abordar isso” (M1).*

Alguns profissionais afirmavam que mesmo quando dispostos a ouvir, havia uma dificuldade de ir além e diagnosticar qual a necessidade do paciente: *“Muitas vezes eu tenho dificuldade (...) de achar qual a queixa mesmo da paciente, (...) de descobrir o que será que ela está querendo me dizer, (...) às vezes as coisas são tão sutis (...). É sutil o que trouxe a paciente para a consulta, e muitas vezes eu não consigo me situar (...) eu não consigo chegar com objetividade” (M3).*

A partir do momento que se realizava um diagnóstico mais amplo, outra questão apontada era como atuar nesses problemas, como expressava esta profissional: *“Eu fico chateada quando percebo que a paciente tem dor de cabeça por tensão pré-menstrual, porque o problema é psicológico, e (...) dar o remédio não resolve o problema de fundo, (...) é complicado lidar com essa parte psicológica, (...) só orientar em muitos casos não resolve e aí a atuação do médico é limitada” (M1).*

Essa dificuldade em visualizar uma forma de atuação desestimulava também os médicos em abordar determinadas questões na consulta. Muitos se sentiam *“impotentes”* porque não sabiam como lidar com os casos que não possuíam um problema orgânico. A formação do médico não contempla essas questões, e ele não se sente capacitado a ajudar os pacientes em suas dificuldades .

Alguns médicos trabalhando isoladamente com um referencial de que poderiam oferecer orientação e atuar, não apenas “na patologia”, procuravam por iniciativa própria ajuda de outras categorias profissionais, “no café, no corredor”.

*“Eu fico conversando com todo mundo, estou sempre em contato com a assistente social, com a psicóloga, (...) mas um contato informal (...). É muitas vezes uma interconsulta, para ver se tem alguma coisa que a gente poderia estar fazendo, (...) eu sempre procuro alguém, se não é para me ajudar é pelo menos para me ouvir” (M3).*

Esse depoimento apontava a necessidade de outros profissionais não só para a atuação no caso, mas também para ajudar o próprio profissional.

No entanto, a maior parte dos médicos, quando diagnosticava que o problema do paciente estava muito ligado ao emocional, ao social ou simplesmente necessitava de mais atenção, encaminhava o “caso” para outros profissionais, que acreditavam ser “mais capacitados” para atuar nessas questões, fragmentando a atenção.

*“Quando eu percebo que a paciente precisa de mais atenção, (...) na parte ginecológica não tem nada, é só na sua parte emocional (...) então eu encaminho para a psicóloga (...) ou para a assistente social, para ver aonde ela vive, convive, qual é o problema que ela tem com a família” (M4).*

Quando havia uma conversa entre os profissionais sobre os pacientes era geralmente no corredor, de maneira informal, “não tem nada sistematizado”, e pela falta de tempo, essa conversa informal só ocorria quando os casos eram muito “especiais”. Na maior parte das vezes, nada se discutia e o médico nem sabia se o paciente conseguia passar com o outro profissional.

Muitas vezes, o encaminhamento a especialistas ou a outros profissionais serve, como afirma Balint (1988), para evitar que o médico enfrente suas dificuldades em lidar com o paciente, diluindo assim, com a fragmentação do atendimento, a sua responsabilidade. Geralmente os pacientes encaminhados não conseguem ter seu problema ou sua necessidade de atenção resolvidos.

Podemos perceber nos vários depoimentos citados atrás que só após muito insucesso nas condutas dos pacientes que retornam em consulta (alguns procuram

outro profissional ou outro serviço) é que parte dos profissionais, “*conseguem se tocar*”, passando a ampliar sua escuta.

Para a maioria dos médicos, “*esse se tocar*” ocorreria de forma meio intuitiva, “*o médico desenvolve isso num determinado dia, (...) antes eu me inflamava e não conseguia ouvir (...) nestes últimos cinco anos, eu aprendi a ouvir, (...) eu me limito a ouvir e a tentar imaginar o que é que eu posso fazer para ajudar a melhorar, (...) sem tentar interferir muito, (...) ouvir já é ser terapêutico*” (M3).

Alguns profissionais percebiam que, ao “*olhar para o paciente, e prestar atenção no que ele fala*”, ao se mostrarem “*disponíveis para ouvir*”, já estavam realizando uma ação terapêutica e uma melhora na sua capacidade de escuta diminuía o número de consultas necessárias para o diagnóstico das dificuldades e das necessidades do paciente: “*Não demora mais cinco consultas para chegar no ponto, (...) uma consulta as vezes já dá*” (M1).

Quando o médico começa “*a dominar a técnica de ouvir*”, relativiza até mesmo a questão do tempo disponível de consulta como o principal fator limitador da escuta e da relação com o paciente: “*Você consegue pegar muitas coisas, (...) mesmo que numa consulta não dê tempo para abordar e perceber, com os retornos você vai fazendo essa parte da relação médico-paciente*” (M6).

Os médicos constatavam que não eram preparados “*para lidar com um ser humano, (...) não tem em livro nenhum e não vai estar em livro porque não têm uma fórmula estanque*” e nem mesmo durante sua vida profissional. No entanto, não reivindicavam um espaço no serviço para discutir essas questões, pois a capacidade de lidar com esses aspectos da prática médica parecia ser concebida como “*característica própria e inerente*” do médico, portanto, dependente da iniciativa individual de cada profissional. Alguns, por conta própria, procuravam fazer “*análise, até para entender os sentimentos e as dificuldades em lidar com algumas coisas*” (M1).

Diminuiria muito o sofrimento dos pacientes, o número de retornos, de utilização de exames subsidiários e consultas a especialistas, se houvesse um aprimoramento do profissional em perceber e lidar com essas questões, não só para diagnosticar, mas também para orientar e acolher as necessidades dos pacientes.

Como discutimos na primeira parte deste trabalho, é possível - entendendo os mecanismos implicados na relação médico-paciente e incorporando outros referenciais - melhorar a capacidade do profissional em lidar com os aspectos subjetivos da prática médica, melhorar a escuta, a percepção das necessidades do paciente e a sua capacidade de intervenção. Como afirmava este entrevistado: *“Muitas vezes a gente não sabe da capacidade que tem para ouvir, precisaria desenvolver isso” (M2).*

A ausência de espaço institucional sistemático para o trabalho conjunto com outros profissionais não permite, no entanto, o aprendizado do médico com o caso e a aquisição de conhecimentos e habilidades para, além de diagnosticar de uma maneira mais ampla as necessidades, conduzir e orientar o caso de forma mais adequada para o paciente, evitando a fragmentação da atenção.

Pois para isso não basta *“um treinamento de uma semana”*, como pode acontecer para a aquisição de outros conhecimentos mais objetivos. Adquirir essa capacidade de escuta não ocorre apenas com a incorporação de informações teóricas, é necessário desenvolvê-la na vivência prática dos casos, na reflexão sobre os atendimentos realizados, na discussão concreta dos casos, *“porque cada um sente de um jeito” (M5).*

Um dos entrevistados apontava um dilema importante para os gerentes quanto a essas questões, ao lembrar que *“você pode até treinar as pessoas para isso, mas só aprendem as pessoas que estão disponíveis, (...) as que estão susceptíveis a desenvolver essa prática” (M2).* É comum haver resistências em abordar essas questões entre os médicos, até pelo caráter coator, como afirma Camargo (1992), do paradigma científico.

No entanto, para além dessas resistências, o que se constata, como já vimos, é que não constituía uma diretriz gerencial aprofundar formas de o serviço atuar nesses aspectos da prática médica, concebidos como decorrentes das características pessoais e éticas de cada profissional, e dessa maneira contribuir para a mudança de atuação desses profissionais e melhorar a qualidade e a resolubilidade da consulta.

## 6.7. OS MÉDICOS E A GERÊNCIA

As entrevistas com os médicos confirmavam que a sua relação principal, no momento da pesquisa, era ainda com os coordenadores de programas. Eram eles a referência para discutir questões técnicas e problemas no atendimento. A gerência local era reconhecida como desempenhando uma função mais administrativa, de controle de horário, férias etc..

Para parte dos médicos parecia importante que essa gerência local, mesmo que responsável apenas pelo controle burocrático-administrativo do trabalho, fosse também médica. *“Uma enfermeira padrão, um dentista, uma psicóloga também são universitários, mas não são médicos (...) e eu faço questão nessa função de total hierarquia (...). Quem vai me dizer que eu tenho que sair mais cedo ou mais tarde é só médico, quem vai dizer algo do meu atendimento ou me dar bronca é só médico. Eu não aceito esse tipo de coisas de pessoas que não são do metiê” (M4).*

Em relação à gerência, alguns médicos criticavam que o controle que existia, principalmente do horário, era muito rígido: *“Era um tratamento meio militar, (...) vigiando muito essa parte do horário, (...) parecia que estava lidando com quem não tinha responsabilidade, (...) não sabia o que estava fazendo”*, mas afirmavam que com a mudança na direção da Secretaria essa questão tornara-se mais flexível (M6).

A maioria dos profissionais não questionava o controle administrativo, a necessidade do cumprimento da carga horária e as exigências de atendimentos, confirmando o depoimento dos gerentes de que não existiam muitos problemas com os médicos no cumprimento das normas de funcionamento do serviço.

No entanto, em relação à dimensão técnica desse trabalho, a concepção predominante entre os médicos era que *“cada um deve ter a sua conduta, não deve haver interferências na conduta de cada profissional”*. Concordavam que, por se tratar de um serviço, deveriam existir *“normas básicas, (...) programas e normatizações”* que orientassem o trabalho, mas caberia aos próprios profissionais

exercer o controle e a avaliação de seu trabalho: *“O profissional que faz o atendimento pode estar avaliando o seu atendimento”*

Os médicos afirmavam não ter problemas com as direções das unidades, uma vez que elas não interferiam em seu trabalho. A relação com os gerentes era referida como cordial e a comunicação sempre que necessária feita através de conversas individuais e informais.

*“Sempre que tem algum problema comigo em relação ao funcionamento da unidade, posso chegar para diretora e falar (...). Aqui é muito fácil lidar com as pessoas (...), sempre teve isso das coisas serem feitas de forma meio informal (...) muito raro ter reunião, até porque existe uma facilidade de comunicação com todo mundo (...) através de circular que todo mundo lê” (M3).*

Os médicos que criticavam a pressão para aumentar o número de atendimentos, a falta de reuniões em equipe e a ausência de mecanismos de avaliação, atribuíam esses problemas, como vimos, à *“pressão da demanda”*. De uma maneira geral, avaliavam que era a necessidade de responder a essa demanda que impedia uma outra forma de organização do serviço.

Algumas queixas isoladas eram levantadas durante as entrevistas em relação às posições autoritárias dos antigos coordenadores de programas, que decidiam *“arbitrariamente”* transferências, liberação para férias, afastamentos para congressos etc., além de que, quando *“cismavam com alguém, pegavam no pé e (...) vinham inclusive de surpresa observar a consulta” (M1).*

Em relação à concepção de que o controle dos médicos deveria ocorrer pela população, os médicos expressavam nos seus depoimentos os limites desse controle.

Afirmavam que apesar de a população em Diadema ser mais exigente, mais *“batalhadora”* do que em outros municípios, ela se satisfazia muito facilmente com um atendimento que fosse cordial. *“A população aqui é exigente, mas eles têm tão pouco que aceitam bem o que a gente faz” (M1).*

Como afirmava este médico: *“Aqui basta você dar um pouco de atenção à paciente (...) se você falar que é para ela voltar amanhã, (...) a paciente já fica contente, fica satisfeita com o atendimento (...) porque entendem que a gente se*

*preocupou com elas, se mandar voltar (...) a gente percebe muito aqui a carência afetiva das pessoas”(M4).*

Estes depoimentos expressam o limite do controle popular sobre essa prática. Os aspectos que conseguem ser avaliados pela população dizem respeito mais a questões de educação e cordialidade dos médicos, e não aos aspectos técnicos de seu trabalho.

Não foram levantados outros problemas em relação ao gerenciamento. Como vimos, os gerentes também assumiam que o controle da prática médica cabia ao próprio profissional, portanto, não entravam em conflito com os médicos.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

A análise da experiência de organização e gerenciamento do trabalho médico nas unidades básicas de saúde do município de Diadema e a avaliação da problemática existente nesse trabalho a partir das entrevistas com os gerentes e médicos demonstraram ser bastante ricas para a finalidade deste estudo, revelando questões importantes para a reflexão.

No município de Diadema, a partir de 1982, quando o Partido dos Trabalhadores assumia a administração municipal, a saúde tornou-se uma prioridade de governo. Partindo de uma situação em que praticamente inexistia a atenção à saúde, o município apresentava, no momento da pesquisa, uma rede de serviços com uma unidade básica para cerca de 20 mil habitantes.

Nessas unidades, estruturadas basicamente para responder às necessidades assistenciais da população, os médicos ocupavam uma posição de destaque. Considerados centrais para o funcionamento dos serviços, foram valorizados pela administração municipal através de uma política salarial e de recursos humanos diferenciada.

Privilegiando uma estrutura centralizada e verticalizada, a organização e gestão do trabalho médico foram mantidas como atribuição do nível central da Secretaria de Saúde, na figura dos coordenadores médicos de cada área de atenção, até julho de 1995, quando então passaram a ser atribuição dos gerentes locais. Quando da realização desta pesquisa, no entanto, ainda não eram observadas alterações significativas, decorrentes dessa mudança, na organização do trabalho.

O trabalho médico estava, assim, organizado de maneira semelhante em todas as unidades de saúde. Desenvolveram-se mecanismos administrativos e gerenciais para o controle da inserção desses profissionais nos serviços, no que diz respeito ao cumprimento da jornada de trabalho, à produção de consultas, ao agendamento por horário, a normas e rotinas de trabalho etc..

No momento deste estudo, os médicos cumpriam sua jornada contratual de trabalho e se submetiam a determinadas regras institucionais (produção, retaguarda para emergência, regras de atendimento), caracterizando uma inserção diferenciada desses profissionais, em relação a esses aspectos, da maioria dos serviços públicos. Apesar disso, todos os médicos entrevistados tinham uma avaliação bastante positiva do trabalho em Diadema, considerando-o mais digno e satisfatório do que o exercido em outros empregos públicos ou medicinas de grupo e convênios.

Os salários, a estabilidade, as atualizações e reciclagens, a organização do trabalho com normas e rotinas de atendimento e a política de saúde do município, aliados a uma não intervenção na autonomia para decidir condutas, foram os principais fatores de satisfação relatados pelos médicos.

A atuação gerencial no trabalho médico ocorreu também em sua dimensão técnica, organizando-o através de normas e padronizações técnicas e investindo em melhorar a qualidade técnico-científica dos médicos com reciclagens, treinamentos e atualizações. A intervenção gerencial na dimensão técnica, no entanto, foi limitada a esses aspectos

Apesar das condições de trabalho, avaliadas como favoráveis pelos seus próprios agentes, e da organização da atenção em programas, o atendimento médico oferecido nas unidades de saúde do município reproduzia o modelo hegemônico encontrado em outros serviços públicos.

Os médicos, em seus discursos, demonstraram ter clareza que o atendimento nas unidades de saúde deveria ter uma abrangência maior que o de outros serviços ambulatoriais, desenvolvendo ações de prevenção e atuando sobre necessidades mais amplas do paciente. No entanto, o atendimento oferecido, na avaliação dos próprios agentes e gerentes, era predominantemente voltado para as queixas trazidas pelos pacientes.

A existência de normas e programas de atendimento não garantia a realização de uma determinada prática. Por se tratar de um trabalho que tem característica fundamental a autonomia técnica de seu agente, provavelmente a ausência de espaços de reflexão e discussão para a mediação dessas normas na atividade prática

e a ausência de avaliações sobre o trabalho desenvolvido contribuíram para que o atendimento fosse orientado e reproduzido pelo referencial dos próprios agentes.

A maioria dos médicos não possuía críticas ao atendimento que realizavam, apesar do discurso mais amplo, demonstrando que o referencial principal que orientava sua prática estava limitado a dar respostas às queixas expressas do paciente e a atuar sobre a patologia. A racionalidade técnico-científica da medicina ocidental, que tende a objetivar o sofrimento do doente em “algo” que pode ser corrigido por medicação, facilita um padrão de atendimento tipo queixa-conduta.

Os próprios médicos, no entanto, demonstraram em seus depoimentos os limites de um atendimento predominantemente voltado para a queixa. Reconheceram na procura por consulta médica uma série de necessidades que não eram respondidas por esse tipo de atenção, o que, além do sofrimento do paciente, resultava em outros retornos ao serviço e na utilização, muitas vezes desnecessária, de especialistas e exames subsidiários.

Os depoimentos confirmaram a complexidade da demanda que chega para os médicos nesses serviços e indicaram o potencial que um atendimento com pouco espaço de “escuta”, centrado apenas em medicalizar a queixa, tem em realimentar a demanda por mais consultas médicas.

Na realização de um diagnóstico mais amplo das necessidades do paciente, ficou explícito o papel negativo das dificuldades dos profissionais em lidar com os aspectos subjetivos e relacionais de sua prática, que interferem na escuta e no vínculo com os pacientes.

Essa prática centrada no atendimento à queixa, além de sua ineficácia em responder a uma série de necessidades de saúde e da elevação que provoca nos custos do sistema, demonstrou ser empobrecedora para os próprios profissionais. O trabalho nas unidades básicas foi avaliado como repetitivo, monótono e pouco estimulante profissionalmente.

A investigação constatou haver pouca intervenção gerencial na dimensão interna do trabalho médico. A organização desse trabalho foi considerada equacionada pelas normas e programas, e não foram desenvolvidas práticas

gerenciais para acompanhar, interrogar e avaliar o atendimento oferecido, aderindo-se, desta forma, ao autocontrole da prática médica.

Para a maior parte dos gerentes entrevistados, o trabalho médico era passível de interferência gerencial apenas quando houvesse reclamação da população. O autocontrole da prática médica é socialmente legitimado e, como afirma Friedson (1978), a categoria dos médicos, pelo peso de suas associações corporativas, foi a que melhor preservou a auto-regulação de sua prática. As funções de avaliação e controle desse trabalho são concebidas como de atribuição dos próprios agentes, tanto pelos médicos quanto pelos gerentes.

Por outro lado, as dificuldades dos gerentes de avaliarem e atuarem sobre esse trabalho, quando existiam reclamações, expressam os limites de uma atuação gerencial no trabalho médico. O fato de este realizar-se numa relação privada entre sujeitos traz como consequência a dificuldade de outras pessoas, que não o próprio agente, avaliarem esse trabalho, peculiaridade essa que contribui para o monopólio dos médicos no julgamento de suas ações. É um desafio, como afirma Merhy (1997b), operar sobre a privatização dos espaços decisórios em saúde para torná-los públicos.

A crise no sistema de saúde, no momento de realização da pesquisa, mostrou-se favorável a evidenciar as concepções gerenciais em relação a esse trabalho. O projeto institucional de mudança do modelo de atenção não previa alterar a forma de realização da consulta, nem desenvolver mecanismos para atuar no principal problema do atendimento médico levantado pela população - o trato e a relação que os médicos estabeleciam com os pacientes.

Não se dimensionou o papel da prática médica hegemônica na crescente demanda por mais atendimento médico e na ineficácia do modelo existente em melhorar as condições de saúde da população. As propostas de mudança para o trabalho médico referiam-se apenas ao número de consultas e à realização de outras atividades em espaços fora do consultório.

Em parte, isso parece ser decorrente de uma concepção de que o atendimento médico individual teria pouca repercussão no coletivo, na demanda por mais consultas médicas e, portanto, pouca importância na ineficácia do modelo de

atenção. As dificuldades dos gerentes de vislumbrarem formas de atuar e modificar uma tendência socialmente determinada de realização desse trabalho parecem contribuir para isso também. Contudo, pelos limites desta pesquisa, estas questões necessitariam ser melhor investigadas em outros estudos.

No município de Diadema, apesar dos limites apontados, houve um projeto de organização e gerenciamento do trabalho médico que avançou em determinados aspectos da organização desse trabalho.

A atuação gerencial, no entanto, na medida em que aderiu ao autocontrole dos médicos sobre a sua prática, que não interrogou, não avaliou o trabalho realizado nem desenvolveu mecanismos para atuar sobre os aspectos relacionais dessa prática, contribuiu para que o atendimento fosse orientado pelo referencial hegemônico entre os médicos.

Os resultados da investigação revelaram os limites de deixar aos próprios profissionais a avaliação e o controle de seu trabalho. Como afirma Campos (1997b), não é possível realizar um bom trabalho em saúde sem uma certa liberdade, autonomia e envolvimento de seus agentes; por outro lado, não é possível operar um sistema de saúde sem um certo grau de controle institucional. O respeito à autonomia técnica dos profissionais não pode ser confundido com o autocontrole de sua prática.

O trabalho institucional não se efetiva em seus objetivos pela somatória de atos individuais. Os problemas expressos na investigação apontaram a necessidade de discutir e avaliar o trabalho médico, de integrá-lo com o trabalho de outros profissionais, tendo em vista a especificidade de ser realizado numa unidade básica, que tem como objetivo intervir em problemas individuais e coletivos de saúde.

A experiência de Diadema demonstrou que não bastam normas para organizar a prática médica nesses serviços. Pela autonomia que possuem os médicos na realização de seu trabalho, as normas têm que ser necessariamente negociadas, avaliadas e readequadas senão se tornam “normas mortas”, que nada orientam o trabalho.

Os espaços institucionais, reivindicados por parte dos profissionais, para discussão e reflexão da prática apresentam-se como importantes; bem como o

trabalho em equipe, para uma melhor organização e adequação do atendimento às necessidades do serviço e para tornar o trabalho nesses locais mais estimulante profissionalmente.

A investigação demonstrou, ainda, a importância da discussão da prática médica não apenas em seus aspectos técnico-científicos, mas também nos aspectos relacionais. O vínculo, a escuta, a relação com o paciente, por serem componentes importantes da prática, interferem no diagnóstico, na qualidade e na resolubilidade dessa atenção.

A representação da prática médica como científica tende a ocultar seus aspectos subjetivos, e justifica uma posição que o saber e a formação técnico-científica seriam suficientes para oferecer um atendimento de boa qualidade. No entanto, as dificuldades dos profissionais em lidar com os aspectos relacionais de sua prática indicam a necessidade de uma formação e de uma orientação específica, para qualificá-los nesses aspectos.

Porém, observou-se que os gerentes sentem dificuldade em atuar diante desses aspectos, concebidos como decorrentes das características pessoais e éticas de cada profissional. Não havia, até o momento desta pesquisa, propostas de ações gerenciais para intervir na dimensão relacional dessa prática, no envolvimento e na responsabilização dos médicos.

Os médicos demonstraram possuir diferentes identidades com o trabalho em unidade básica, diferentes concepções de responsabilidade pelo acompanhamento dos pacientes e também diferentes habilidade e disponibilidade em escutar e intervir em outras dimensões além da patologia, o que aponta para a necessidade de diferentes estratégias para envolvê-los com esse trabalho.

A atuação gerencial, de uma maneira geral, não levou em conta na organização do trabalho a heterogeneidade dos médicos, não possibilitando, dessa forma, o desenvolvimento, pelos profissionais mais envolvidos, de práticas diferenciadas, mais adequadas às necessidades da população.

Em síntese, o material empírico indica a importância do desenvolvimento de políticas e tecnologias de gestão para atuar no núcleo específico do trabalho médico, na sua dimensão técnica, para interrogar, avaliar e organizá-lo, em seus aspectos

técnico-científicos e relacionais, de maneira a torná-lo mais efetivo para responder às necessidades de saúde da população, e não apenas a suas queixas imediatas.

A investigação sugere a necessidade de qualificar os gerentes para enfrentar os desafios e as complexas tarefas concernentes à organização do processo de trabalho e da atividade médica nos serviços básicos de saúde.

Até que ponto, no entanto, uma atuação gerencial que tivesse como referencial uma prática médica mais ampliada e interviesse no núcleo interno desse trabalho poderia modificar o quadro hegemônico encontrado nesses serviços? Qual seria o resultado de uma intervenção gerencial que interrogasse a finalidade desse trabalho e abrisse espaços de discussão e negociações para modificar essa prática? Essas questões não puderam ser avaliadas e merecem ser aprofundadas em outros estudos.

O que podemos dizer, no entanto, é que práticas gerenciais que possibilitassem espaços de reflexão, avaliação e integração com outros profissionais poderiam ter potencializado a atuação dos médicos, que possuíam críticas ao trabalho e demonstravam disponibilidade para modificar sua prática, a realizarem um atendimento mais resolutivo e mais satisfatório e estimulante para eles próprios.

Acreditamos que investigações nessa direção poderão trazer contribuições à gerência dos serviços, de modo a torná-la um instrumento mais efetivo para a construção de práticas de saúde comprometidas com um projeto público de boa qualidade, voltado a atender às necessidades de saúde da população, individuais e coletivas.

## SUMMARY

---

This dissertation discusses the medical work involved in the basic health care sector. When considering a project of sanitation reform, the aim is to profoundly know the characteristics, and their ensuing implications, of the medical work in this sector in order to transform the performance in health management.

To do so, a theoretical outlook has been compiled with an empirical study in the municipality of Diadema, where a chain of basic equipped health units and working conditions were propitious for reflecting on and analyzing the medical work and its management. The institutional guidelines which directed the organization and management, the medical service offered and the perennial problems existent in this field were analyzed.

The study brought out several important questions which need to be considered. Despite advances in several aspects, the medical service offered in Diadema was predominantly aimed at treating the patients' complaints. There was little internal involvement of the management in this service.

The necessity of a more ample and integrated practical clinic, which is able to respond to the complex health needs of the population, is at question. The relationship doctor/patient, the ability to listen and the involvement of taking on more professional responsibilities are vital qualities to good health care service.

This research has revealed the importance of developing managerial policies and technologies geared to medical work in this area, not only in scientific terms but also in humane ones. In order to respond to the individual and collective health needs of the population, this study has highlighted the importance of managerial action in the education, organization and evaluation of medical work.

The dilemmas and challenges which have appeared in management throughout this study suggest the necessity to continue research in this area.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

- BALINT, M. *O médico, seu paciente e a doença*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1988.
- BEESON P.B. ; McDERMOTT W. Natureza da Medicina. In: *Tratado de Medicina Interna de Cecil-Loeb*. Rio de Janeiro: Interamericana, 1977. pp. 1-16.
- BENETTON, L. G.; CAPOZZOLO, A. A.; FERRARINI, M. A. G.; GORAIEB R.; KERR F.M.; REIS D.O.; CARRO G. *Uma Experiência de Transformação do Atendimento Pediátrico*. (documento interno do Centro de Saúde Escola da UNIFESP-EPM). São Paulo, 1996. 22p. [mimeo]
- BÉRIA, J. U. Prescrição de medicamentos. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. (orgs.). *Medicina Ambulatorial. Condutas Clínicas em Atenção Primária*. Porto Alegre-RS: Artes Médicas, 1990. pp. 48-49.
- BODSTEIN, R. C. A. A assistência médica na agenda pública. In: \_\_\_\_\_ (org.). *Serviços Locais de Saúde: Construção de Atores e Políticas*. Rio de Janeiro: Relume/Dumará, 1993. pp. 15-39.
- BRAGA, J.C.S.; PAULA, S. G. *Saúde e Previdência. Estudos de Política Social*. São Paulo: Cebes/Hucitec, 1981.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. *Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei*. Brasília. Ministério de Saúde, 1993, 48p.
- CAMARGO Jr., K. R. (Ir)racionalidade médica: os paradoxos da clínica. *Physis-Revista de Saúde Coletiva* 2(1): 203-228, 1992a.
- \_\_\_\_\_. *Paradigmas, Ciência e Saber Médico*. Rio de Janeiro: UERJ-IMS (Série Estudos em Saúde Coletiva No.6), 1992b.
- \_\_\_\_\_. *Racionalidades Médicas: A Medicina Ocidental Contemporânea*. Rio de Janeiro: UERJ-IMS (Série Estudos em Saúde Coletiva No.65), 1993.
- CAMPOS, G. W. S. *Os Médicos e a Política de Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1988.
- \_\_\_\_\_. Recursos humanos na saúde: fator de produção e sujeitos sociais no processo de reforma sanitária no Brasil. In: \_\_\_\_\_; MERHY, E. E.; NUNES, E. D. *Planejamento Sem Normas*. São Paulo: Hucitec, 1989. pp. 45-51.
- \_\_\_\_\_. *A Saúde Pública e a Defesa da Vida*. São Paulo: Hucitec, 1991.

- CAMPOS, G. W. S. *A Reforma da Reforma. Repensando a Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992.
- \_\_\_\_\_. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas o caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. O. (org.). *Inventando a Mudança na Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994. pp. 29-87.
- \_\_\_\_\_. Análise crítica das contribuições da saúde coletiva à organização das práticas de saúde no SUS. In: In FLEURY S. (org.) *Saúde e Democracia: a Luta do Cebes*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997a. pp. 113-125.
- \_\_\_\_\_. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (orgs.). *Agir em Saúde. Um Desafio para o Público*. São Paulo: Hucitec, 1997b. pp. 229-266.
- \_\_\_\_\_. Viabilidade do SUS. Anotações do curso de pós-graduação do Departamento de Medicina Preventiva e Social- FCM- UNICAMP. Campinas, 1997c.
- CANGUILHEM, G. *Le Normal et le Pathologique* (1966). Trad. de BARROCAS, M. T. R. C.; LEITE, L. O. F. B. *O Normal e o Patológico*. 2a.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1982.
- CARAPINHEIRO, G. *Saberes e Poderes no Hospital. Uma Sociologia dos Serviços Hospitalares*. 2a.ed. Porto-Portugal: Afrontamento, 1993.
- CASTANHEIRA, E. R. L. *Gerência do Trabalho em Saúde. Desenvolvimento da Administração em Saúde nos Serviços Públicos do Estado de São Paulo*. São Paulo, 1996a. [Dissertação de Mestrado-Faculdade de Medicina da USP].
- \_\_\_\_\_. A gerência na prática programática. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (orgs.). *Saúde do Adulto. Programas e Ações na Unidade Básica*. São Paulo: Hucitec, 1996b. pp. 222-233.
- CASTIEL, L. D. *O Buraco e o Avestruz. Singularidade do Adoecer Humano*. Campinas-SP: Papyrus, 1994.
- CAPISANO, H. F. Manifestações iatrogênicas: conflitos neuróticos do médico prejudicam paciente. *Ars Curandi* 2: 38, 1969.
- CECÍLIO, L.C.O. Inventando a mudança em uma região de saúde: reconstituição e análise da experiência do Departamento Regional de Saúde de Campinas (DRS-5) - 1983/1987 in: In: CECÍLIO, L. C. O. (org.). *Inventando a Mudança na Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994. pp. 89-117
- CLAVREUL J. *L'Ordre Médical* (1978) trad. de NOUJAIM, J.G.; JORGE M.A.C.; SILVIRA Jr.P.M. *A Ordem Médica: Poder e Impotência do Discurso Médico*. São Paulo: Brasiliense, 1983.

- COELHO, E. C. Físicos, sectários e charlatães: a medicina em perspectiva histórico-comparada. In: MACHADO, M. H. (org.). *Profissões de Saúde: Uma Abordagem Sociológica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. pp. 35-62.
- DALMASO, S.W. Atendimento à demanda espontânea: pronto-atendimento e atividades programáticas. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (orgs.). *Saúde do Adulto. Programas e Ações na Unidade Básica*. São Paulo: Hucitec, 1996. pp. 151-165.
- DIADEMA. *Saúde um Processo de Luta. Gestão 83-88*. Diadema: Prefeitura do Município de Diadema. Depto. de Saúde e Higiene, s.d. 19p. [mimeo]
- DIADEMA. *Construindo o Sistema Único de Saúde. (Texto base do III Encontro e I Conferência Municipal de Saúde)*. Diadema: Prefeitura do Município de Diadema. Depto. de Saúde e Higiene, maio de 1991. 4p. [mimeo]
- DIADEMA. *Avaliação da Gestão 89-92*. Diadema: Prefeitura do Município de Diadema, dezembro de 1992. 17p. [mimeo]
- DIADEMA. *Saúde Diadema. Sistema Municipal de Saúde*. Diadema: Prefeitura do Município de Diadema. Depto. de Saúde e Higiene, maio de 1993. 30p.
- DIADEMA. *Informações Gerais sobre o Sistema Municipal de Saúde*. Diadema: Prefeitura do Município de Diadema. Depto. de Saúde e Higiene, março de 1994. 50p. [mimeo]
- DIADEMA. *III Conferência Municipal de Saúde de Diadema (Resoluções)*. Diadema: Prefeitura do Município de Diadema. Secretaria Municipal de Saúde de Diadema, maio de 1996a. 28p.
- DIADEMA. *Relatório de Gestão de Julho de 1995 a Dezembro de 1996*. Diadema: Prefeitura do Município de Diadema. Secretaria Municipal de Saúde de Diadema, dezembro de 1996b. 12p.
- DONNANGELO, M. C. F. *Medicina e Sociedade. O Médico e seu Mercado de Trabalho*. São Paulo: Pioneira, 1975.
- FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. *O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG)*. Campinas, 1997. 26p. [ mimeo]
- FEIX, R. Atenção primária à saúde: conceito, implantação e tendências. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. (orgs.). *Medicina Ambulatorial. Condutas Clínicas em Atenção Primária*. Porto Alegre-RS: Artes Médicas, 1990. pp. 11-15.
- FRIEDSON, E. *La Profesión Médica. Un Estudio de la Sociología del Conocimiento Aplicado*. Barcelona-Espanha: Península, 1978.

- GALLO, E., VAITSMAN, J., FILHO, A.C.C. Gestão inovadora e cultura organizacional: ferramentas para a qualidade nos serviços públicos de saúde. In COSTA, N.R., RIBEIRO, J.M. (org.) *Política de Saúde e Inovação Institucional: uma agenda para os anos 90*. Rio de Janeiro: ENSP, 1996. 196p.
- INSTITUTO GALLUP DE OPINIÃO PÚBLICA. *Avaliação da Atual Administração Municipal*. Relatório dos trabalhos de Pesquisa. Diadema, junho de 1995.
- MACHADO, M. H. *Perfil dos Médicos no Brasil. Análise Preliminar*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Cons.Fed.Medicina/Min.Saúde-PNUD, 1996a. 112p. [mimeo]
- \_\_\_\_\_. As profissões e o SUS: arenas conflitivas. *Divulgação em Saúde para Debate* 14: 44-47, 1996b.
- \_\_\_\_\_; REGO, S. Essencialidade da profissão médica e serviços de saúde. *Cadernos Fundap* 19: 122-130, 1996.
- \_\_\_\_\_. Gestão de recursos humanos no SUS: reforma e processo de trabalho. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 5, Agúas de Lindóia, 1997. *Curso*. São Paulo.
- MARSIGLIA, R. M. G. *Servidor, Funcionário, Trabalhador: Interesses e Culturas Organizacionais no Setor Público de Saúde*. São Paulo, 1993. [Tese de Doutorado-Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da USP]
- MATTA, G.C. *A Psicologia Médica e as Instituições de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: UERJ-IMS (Série Estudos em Saúde Coletiva No.138), 1996.
- MATTOS, M. L. *Recursos Humanos e o Novo Trabalhador em Saúde. A Experiência da Secretaria Municipal de Saúde na Cidade de São Paulo Durante a gestão do Partido dos Trabalhadores 1989-1992*. Campinas-SP, 1996. [Dissertação de Mestrado-Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP]
- MEDICI, A. C. Emprego em saúde na conjuntura recente: lições para a reforma sanitária. In: ABRASCO. *Recursos Humanos em Saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco/Fiocruz-ENSP (Textos de Apoio-Planejamento I), 1987. pp.143-152.
- \_\_\_\_\_; MACHADO, M. H.; NOGUEIRA, R. P.; GIRARDI, S. N. El mercado de trabajo en salud: aspectos teóricos, conceptuales y metodológicos. *Educación Médica y Salud* 25(1): 1-14, 1991.
- MENDES, E. V.; TELXEIRA C.F.; ARAUJO E.C.; CARDOSOM.R.L. O processo social de distritalização da saúde. In: \_\_\_\_\_ (org.). *Distrito Sanitário: O Processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Abrasco/Hucitec, 1993. pp. 93-158.
- MENDES-GONÇALVES, R. B. *Tecnologias e Organização Social das Práticas de Saúde: Características Tecnológicas do Processo de Trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo*. São Paulo, 1986. [Tese de Doutorado-Faculdade de Medicina da USP]

- MENENDEZ, E. L. La crisis del modelo médico y las alternativas autogestionarias em salud. *Cuadernos Médico-Sociales* 21: 25-41, 1982.
- MERHY, E. E. *A Saúde Pública como Política. Um Estudo de Formuladores de Políticas*. São Paulo: Hucitec, 1992.
- \_\_\_\_\_. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo técnico assistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO L. C. O. (org.). *Inventando a Mudança na Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994. pp. 117-159.
- \_\_\_\_\_. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (orgs.). *Agir em Saúde. Um Desafio para o Público*. São Paulo: Hucitec, 1997a. pp. 197- 228.
- \_\_\_\_\_. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (orgs.). *Agir em Saúde. Um Desafio para o Público*. São Paulo: Hucitec, 1997b. pp. 71-113.
- \_\_\_\_\_. O Sus e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In FLEURY S. (org.) *Saúde e Democracia: a Luta do Cebes*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997c. pp. 125-143.
- \_\_\_\_\_; IRIART C.B.; WAITZKIN H. Atenção gerenciada: da micro-decisão corporativa à micro-decisão administrativa, um caminho igualmente privatizante? CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 5, Agúas de Lindóia, 1997. *Comunicação Coordenada*. São Paulo.1997. 55p.
- \_\_\_\_\_; CHAKKOUR M. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (orgs.). *Agir em Saúde. Um Desafio para o Público*. São Paulo: Hucitec, 1997. pp. 113-161.
- MINAYO, M. C. S. *O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 2a.ed. São Paulo: Abrasco/Hucitec, 1993.
- \_\_\_\_\_. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: \_\_\_\_\_ (org.). *Pesquisa Social. Teoria, Método e Criatividade*. 5a.ed. Petropolis-RJ: Vozes, 1996. pp. 9-29.
- MONNERAT, G. L. *Médicos: Atores Sociais e as Mudanças Atuais no Setor Saúde. A Experiência do Município de Niterói*. Rio de Janeiro, 1996. [Dissertação de Mestrado- ENSP/Fiocruz]
- NEMES, M. I. B. *Avaliação do Trabalho Programático na Atenção Primária à Saúde*. São Paulo, 1995. [Tese de Doutorado-Faculdade de Medicina da USP]
- NEMES FILHO, A. A unidade básica e o sistema de saúde. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (orgs.). *Saúde do Adulto. Programas e Ações na Unidade Básica*. São Paulo: Hucitec, 1996. pp. 276-286.

- PARTIDO DOS TRABALHADORES. *As Administrações Petistas e a Questão da Saúde*. São Paulo: Partido dos Trabalhadores.Governo Paralelo, 1992. 18p. [mimeo]
- PEDROSA, M. A. L. Reflexões sobre Michael Balint. Comunicando uma experiência de grupos. In: MELLO FILHO, J. (ed.). *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre-RS: Artes Médicas, 1992. pp. 152-159.
- PERESTRELLO, D. *A Medicina da Pessoa. Abordagem da Pessoa e seu Adoecer em Clínica Médica*. 2a.ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1974.
- PORTILLO, J. La medicina: el imperio de lo efímero. In: \_\_\_\_\_; BARRÁN, J.P.; BAYCE, R. et al. *La Medicalización de la Sociedad*. Montevideo-Uruguai: Nordan-Comunidad/Goethe-Institut, 1993. pp. 15-36.
- RIBEIRO, J. M. *Trabalho Médico: Ciência, Arte e Ação na Conformação da Técnica*. Rio de Janeiro, 1995 [Tese de Doutorado-Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz]
- \_\_\_\_\_; SCHRAIBER, L.B. A autonomia e o trabalho em medicina. *Cadernos de Saúde Pública*, 10(2): 190-199, Rio de Janeiro, abr/jun,1994.
- SANTANA, J. P. Recursos humanos: desafios para os gestores do SUS. *Divulgação em Saúde para Debate* 14: 33-36, 1996.
- SAÚDE: compromisso com a vida. Diadema Saúde - cada dia melhor. In: PARTIDO DOS TRABALHADORES.FÓRUM DE DIRIGENTES DE SAÚDE PT-SP. *O Modo Petista de Governar: Saúde*. São Paulo: Secretaria de Assuntos Institucionais PT-SP, maio de 1996. pp. 19-23.
- SCHRAIBER, L. B. Introdução. Programação hoje: a força do debate. In: \_\_\_\_\_(org.). *Programação em Saúde Hoje*. 2a.ed. São Paulo: Hucitec, 1990. pp. 11-35.
- \_\_\_\_\_. O trabalho médico e a clínica na medicina moderna. In: CEFOR. *O Trabalho em Saúde e a Organização da Prática*. São Paulo: Prefeitura do Município de São Paulo.Secretaria Municipal de Saúde (Série Cadernos CEFOR-Textos, 4), 1992. pp. 1-33.
- \_\_\_\_\_. *O Médico e Seu Trabalho. Limites da Liberdade*. São Paulo: Hucitec, 1993.
- \_\_\_\_\_. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. *Revista de Saúde Pública*, 29 (1):63-74,1995.
- \_\_\_\_\_; NEMES, M. I. B. Processo de trabalho e avaliação de serviços em saúde. *Cadernos Fundap* 19: 106-121, 1996.
- \_\_\_\_\_; MENDES-GONÇALVES, R. B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: \_\_\_\_\_; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (orgs.). *Saúde do Adulto. Programas e Ações na Unidade Básica*. São Paulo: Hucitec, 1996. pp. 29-47.

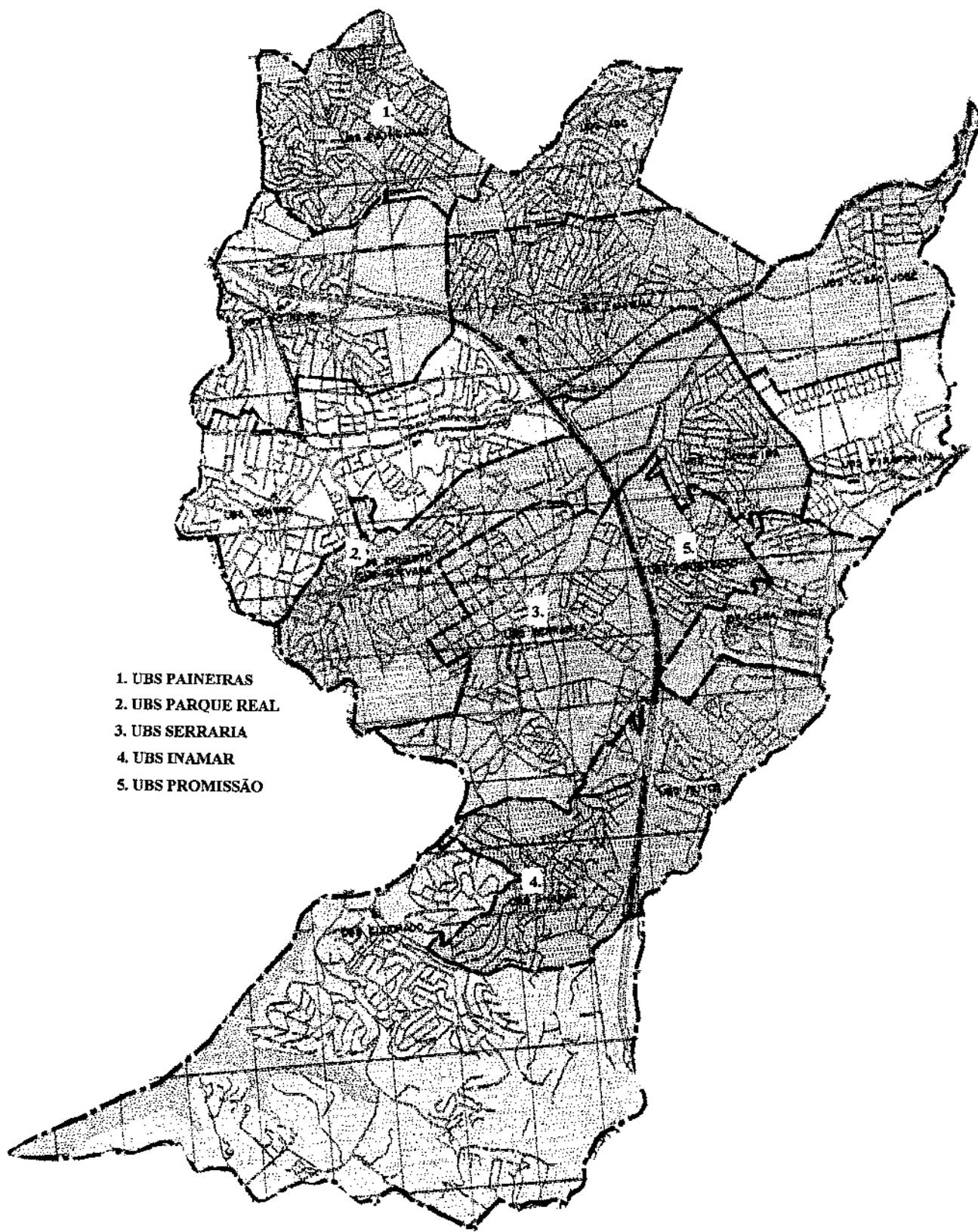
- SOUTO, A.L.S.; KAYANO, J.; ALMEIDA, M.A.; PETRUCCI, V.A. Como reconhecer um bom governo. Utilizando os índices no estudo dos municípios. *Pólis* 21: 42-50, 1995.
- SUCUPIRA, A. C. S. L. *Relações Médico-Paciente nas Instituições de Saúde Brasileiras*. São Paulo, 1981. [Dissertação de Mestrado-Faculdade de Medicina da USP]
- TÄHKÄ, V. *Potilas-lääkärisuhde [The Patient-Doctor Relationship]* (1986). Trad. de ABREU, J. O. A. *O Relacionamento Médico-Paciente*. Porto Alegre-RS: Artes Médicas, 1988.
- VIANNA, M. L. W. *Política Social e Transição Democrática: O Caso do Inamps Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: UFRJ-IEI, 1989. [mimeo]
- ZIMERMAN, D. E. A formação psicológica do médico. In: MELLO FILHO, J. (ed.). *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre-RS: Artes Médicas, 1992. pp. 64-73.

## FONTES DE CONSULTA

- BECKER, H. S. *Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais*. 2a.ed. São Paulo: Hucitec, 1994.
- CONTANDRIOPOULOS, A.-P.; CHAMPAGNE F.; POTVIN, L. et al. *Saber Preparar uma Pesquisa. Definição, Estrutura e Financiamento*. São Paulo: Abrasco/Hucitec, 1994.
- DEMO, P. *Avaliação Qualitativa*. 4a.ed. Campinas-SP: Autores Associados (Coleção Polêmicas do Nosso Tempo), 1994.
- ECO, U. *Como se Fa una Tesi di Laurea* (1977). Trad. de SOUZA, G. C. C. *Como se Faz uma Tese*. São Paulo: Perspectiva, 1989.
- HERANI, M.L.G. *Normas para a Apresentação de Dissertações e Teses*. São Paulo: BIREME, 1990. 45p.

## ANEXO 1

---



## **ANEXO 2**

---

### **ROTEIRO DE QUESTÕES PARA A ENTREVISTA COM OS GERENTES**

#### **PARTE 1- IDENTIFICAÇÃO**

NOME

DATA DE NASC.

SEXO

FORMAÇÃO BÁSICA

ESPECIALIZAÇÃO

INGRESSO NO SERVIÇO PÚBLICO

NA UNIDADE

TEMPO NA GERÊNCIA

#### **PARTE 2**

COMO É ORGANIZADO O ATENDIMENTO MÉDICO NA UNIDADE?

COMO SE RELACIONA COM AS OUTRAS ATIVIDADES E COM O TRABALHO DE OUTROS PROFISSIONAIS ?

QUAIS OS PRINCIPAIS PROBLEMAS IDENTIFICADOS NESSE ATENDIMENTO ?

O QUE É EXIGIDO DOS PROFISSIONAIS MÉDICOS ?

COMO É CONTROLADO OU SUPERVISIONADO ESSE TRABALHO?

VOCÊ ACHA QUE SERIA NECESSÁRIO HAVER MUDANÇAS NO ATENDIMENTO MÉDICO?

QUE TIPO DE MUDANÇAS?

O QUE SERIA NECESSÁRIO PARA REALIZAR ESSAS MUDANÇAS?

QUE DIFICULDADES EXISTEM PARA GERENCIAR O TRABALHO MÉDICO?

COMO VOCÊ ACHA QUE A POPULAÇÃO AVALIA O ATENDIMENTO MÉDICO OFERECIDO NESTA UNIDADE?

COMO VOCÊ ACHA QUE OS MÉDICOS AVALIAM O ATENDIMENTO QUE PRESTAM AQUI?

COMO VOCÊ AVALIA O ATENDIMENTO MÉDICO OFERECIDO NESTA UNIDADE?

QUAIS AS PRINCIPAIS REIVINDICAÇÕES E QUEIXAS DOS MÉDICOS?

O QUE VOCÊ AVALIA DESSAS REIVINDICAÇÕES ? QUAIS AS PROPOSTAS PARA ATUAR NESSAS QUESTÕES?

## ANEXO 3

---

### ROTEIRO DE QUESTÕES PARA A ENTREVISTA COM OS MÉDICOS

#### PARTE 1 - IDENTIFICAÇÃO

NOME

UNIDADE

HORÁRIO DE TRABALHO

DATA DE NASC.

SEXO

ANO DE FORMADO

LOCAL DE FORMATURA

RESIDÊNCIA

LOCAL

ESPECIALIZAÇÃO EM QUE

INGRESSO NO SERVIÇO PÚBLICO

NA UNIDADE

CONTRATO EFETIVO ( )

TEMPORÁRIO ( )

#### PARTE 2 - EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

LOCAIS DE TRABALHO .

PÚBLICO

PRIVADO

1-

2-

3-

4-

DE TODOS OS LOCAIS DE TRABALHO, QUAL O MAIS SATISFATÓRIO? PORQUE?

DE TODOS OS LOCAIS DE TRABALHO, QUAL O MENOS SATISFATÓRIO? PORQUE?

OPINIÃO SOBRE TRABALHAR NO MUNICÍPIO DE DIADEMA

### PARTE 3 - O TRABALHO NA UNIDADE DE SAÚDE

DESCRIÇÃO DO TRABALHO QUE REALIZA, DAS ATIVIDADES QUE PARTICIPA E A RELAÇÃO COM OS OUTROS TRABALHOS E ATIVIDADES DA UNIDADE

AVALIAÇÃO DAS PRINCIPAIS DIFICULDADES E PROBLEMAS PARA DESENVOLVER O TRABALHO NA UNIDADE.

AVALIAÇÃO SOBRE O QUE FACILITA O TRABALHO NA UNIDADE

EVENTUAIS PROPOSTAS DE ORGANIZAR O ATENDIMENTO MÉDICO NA UNIDADE DE MANEIRA DIFERENTE. JUSTIFICAR

O QUE SERIA NECESSÁRIO PARA REALIZAR ESSAS MUDANÇAS?

COMO DEVERIA SER A CONSULTA MÉDICA EM UMA UNIDADE BÁSICA?

QUAL O PAPEL DO MÉDICO NESSES SERVIÇOS?

OPINIÃO SOBRE O CONTROLE OU SUPERVISÃO DO ATENDIMENTO MÉDICO. QUEM DEVERIA REALIZAR ESSE CONTROLE?

### PARTE 4 - A CONSULTA

AVALIAÇÃO DA CONSULTA E DO ATENDIMENTO MÉDICO OFERECIDO EM DIADEMA

AVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO E DA CONSULTA OFERECIDA PELOS OUTROS PROFISSIONAIS DA UNIDADE

QUE TIPO DE PROBLEMAS DE SAÚDE CONSEGUEM SER RESOLVIDOS PELO ATENDIMENTO OFERECIDO?

COMO AVALIA O VÍNCULO QUE É ESTABELECIDO COM OS PACIENTES, A ESCUTA E A RESPONSABILIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS.

COMO AVALIA A SATISFAÇÃO DA POPULAÇÃO COM O ATENDIMENTO OFERECIDO.

ESTÍMULO AO ENTREVISTADO PARA FALAR SOBRE O SEU TRABALHO NA UNIDADE, SOBRE A DEMANDA QUE CHEGA PARA ATENDIMENTO, SOBRE OS TIPOS DE CASOS QUE TEM DIFICULDADES EM RESOLVER OU QUE CONSIDERA INTERVIR DE FORMA ADEQUADA.