

**A REDE BÁSICA DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM
CAMPINAS: OS MÉDICOS E SUAS REPRESENTAÇÕES
SOBRE O SERVIÇO**

**CADERNO DE PESQUISA
N. 22**



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS – UNICAMP
NÚCLEO DE ESTUDOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS – NEPP**

1991

**MARCOS DE SOUZA QUEIROZ
GASTÃO WAGNER DE SOUZA CAMPOS
EMERSON ELIAS MERTHY**

Instituição responsável
Núcleo de Estudos de Políticas Públicas- NEPP - UNICAMP

Coordenador do NEPP
Prof. Dr. Pedro Luiz Barros Silva

Coordenador Associado
Profa. Dra. Gilda Portugal Gouvêa

Centro interdisciplinar de pesquisa especializado em estudos e investigações de acompanhamento, monitoramento e avaliação de políticas e programas governamentais. Entre suas preocupações e interesses prioritários, destacam-se as avaliações de processos de implementação de reformas e inovações de *polícies* e de programas e projetos de enfrentamento da pobreza. No período recente, desenvolveu, entre outros os seguintes projetos:

- Avaliação da Descentralização de Recursos do FNDE e da Merenda Escolar. Convênio INEP/MEC (1997-1998).
- Desenho e Implantação de Estratégia de Avaliação dos Programas Sociais Prioritários do Governo Federal Brasileiro. Convênio BID/UNESCO/Gov. Brasileiro (1998).
- A Educação básica e secundária no Brasil: evolução recente. Convênio MEC/UNESCO (1997).
- Avaliação da Descentralização das Políticas Sociais no Brasil: Saúde e Educação Fundamental - estudos municipais. Convênio Cepal (1997).
- Avaliação do Processo de Implementação do Projeto "Inovações no Ensino Básico" e de algumas Medidas da Escola-Padrão no Estado de São Paulo. Convênio BIRD (1994/1996).

Os cadernos de Pesquisa do NEPP, escritos pelos professores, pesquisadores, estudantes de pós graduação, e outros membros associados, aparecerá intermitentemente. Alguns serão comunicações de pesquisa preliminares em andamento, ou explorações de idéias teóricas, e a sua publicação visa a estimular discussão e gerar críticas úteis. Como resultado de tais discussões e críticas, é provável que apareçam publicações de versões mais elaboradas em outra parte.

Núcleo de Estudos de Políticas Públicas - NEPP

Diretora

Sônia Miriam Draibe

Conselho Editorial dos Cadernos de Pesquisa do NEPP

Argelina Maria Cheibub Figueiredo

Célia Soibermann Melhem

Editor

Marcos de Souza Queiroz

Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP

Reitor

Carlos Vogt

Coordenadoria Geral da Universidade

José Martins Filho

Pró-Reitoria de Extensão

Adalberto B. M. S. Bassi

Pró-Reitoria de Graduação

José Dias Sobrinho

Pró-Reitoria de Extensão e Assuntos Comunitários

César Francisco Ciacco

Pró-Reitoria de Pesquisa

Armando Turtelli Júnior

Pró-Reitoria de Desenvolvimento Universitário

Carlos Eduardo do Nascimento Gonçalves

Equipe Técnica

Coordenador: Prof^a. Dra. Sônia Miriam Draibe

Coordenador Conjunto: Prof^a. Dra. Maria Helena Guimarães de Castro

Conselho Técnico: Prof^a. Dra. Ana Maria Canesqui
Prof^a. Dra. Argelina Figueiredo
Prof. Dr. Vilmar Faria

Pesquisadores:

Ana Maria M. da Fonseca
Ana Luiza D'Ávila Viana
Célia Soibelman Melhem
Cibele Andrade Macchi
Eduardo G. Noronha
Ester A. Viana
José Roberto Rus Perez
Marcos de Souza Queiroz
Maria Erlinda D. Cassab
Marta Teresa S. Arretche
Sônia Nahas de Carvalho

Estagiários:

Beatriz C. Porto
Enio Samuel Lorenzetti
Gabriela S. Taronco
Isabel Ferreira
Lara A. Clivelaro
Lucas A. Callegari
Luciana Bernardo Miotto
Marisa Guimarães
Marisa R. R. do Nascimento
Vinícius Casas
William Lonzar

Apoio Estatístico, Operacional e Processamento de Dados:

Isabella Carvalho Breves
José Luiz Llanos Carrillo
Maria Aparecida Godoy Marques
Maria de Fátima C. Barros Silva
Stella M. Silva Telles

Apoio Técnico-Administrativo

Gerência de Pesquisa: Sílvia M. P. Véspoli Godoy
Gerência Financeira: Maria Elvira Salles Mazzucchelli
Elizabeth de Moraes Ferrari
Ortencia L. Martins Freitas
Sônia Maria da Silva

REDE BÁSICA DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM CAMPINAS: OS MÉDICOS E SUAS REPRESENTAÇÕES SOBRE O SERVIÇO¹

Marcos de Souza Queiroz²

Gastão Wagner de Souza Campos³

Emerson Elias Merhy⁴

1. INTRODUÇÃO

Este artigo pretende analisar as representações dos médicos da rede pública de serviços de saúde de Campinas a respeito de políticas e administração de serviços de saúde, determinações do processo saúde-doença e prática profissional. O propósito principal desta análise tem como referência o fato de que o sucesso da implantação de uma rede municipalizada de serviços de saúde, de acordo com a reforma do sistema de saúde então em curso, depende em grande medida da atitude destes profissionais.

Em sintonia com Gramsci, é argumento defendido por este trabalho que o nível das representações (entendido como uma dimensão da cultura) pode assumir importância decisiva na dinâmica social, principalmente quando se trata de implementar políticas públicas. Desse modo, apesar do coordenador do Posto de Saúde desempenhar um papel de executor, ao invés de formulador de políticas de saúde, ele está, juntamente com cada um dos médicos deste serviço, em posição crucial para promover tanto o sucesso como o fracasso das mesmas.

É oportuno lembrar que um momento de transição, qualquer que seja, pressupõe crise e instabilidade ao nível institucional. Nesta condição, o universo vivido e representado perde a sua segurança sustentada pela tradição para se colocar como objeto fragmentado, cujas partes se oferecem às várias tentativas de reconstrução tanto ao nível concreto quanto

¹ Este trabalho foi desenvolvido a partir do relatório de pesquisa Queiroz, Merhy & Campos (1990).

² Doutor pela Universidade de Manchester, Inglaterra. Pesquisador do Núcleo de Estudos de Políticas Públicas/NEPP-UNICAMP.

³ Professor Assistente Doutor do Departamento de Medicina Preventiva e Social da FCM-UNICAMP.

⁴ Professor Assistente Doutor do Departamento de Medicina Preventiva e Social da FCM-UNICAMP.

simbólico. É evidente que tentativas nesse sentido só adquirem contorno mais definido numa dimensão política, uma vez que o universo social, aberto às várias interpretações, projeções e propostas de mudanças, torna-se inevitavelmente politizado.

Situações como esta são consideradas ideais para a análise antropológica, que concentra a sua investigação em contextos de pequena escala na tentativa de extrair delas bases consistentes para estabelecer conexões com dimensões sociais e humanas mais amplas. É também considerada ideal porque o mundo vivido nesta circunstância deixa de ser tomado unidimensionalmente como assentado em premissas e pressupostos sólidos que, por isso mesmo, não se abrem para discussão e busca de coerência e sentido. Numa situação de transição, os valores perdem a sua condição de absolutos e a realidade passa a ser construída, interpretada, manipulada, destruída e reconstruída, tendo como matéria prima o confronto de valores múltiplos provenientes da situação vivida individual ou coletivamente por ator social. Deste modo, princípios culturais que normalmente não vêm à tona tornam-se explícitos e aparentes ao investigador (Gluckman, 1966; Turner, 1974).

É, portanto, objetivo desta pesquisa compreender como os médicos da rede básica de serviços de saúde vivem a experiência de mudança institucional, como a representam e de que maneira interferem nela. Pretende-se, com isso, compreender o papel exercido por esses agentes, tendo em vista as suas possibilidades de desenvolver ou impedir o desenvolvimento de políticas de saúde então em curso.

Se o material coletado não chega a dar conta das questões formuladas a partir de níveis centrais da sociedade mais ampla, ele permite abordá-las a partir de agentes que têm como função implementar a política proveniente daqueles níveis, mas que, não obstante, também têm capacidade de interpretar a realidade, de se posicionar diante dela e de influir no seu resultado. Nesse sentido, parte-se do pressuposto de que a implementação da política de saúde, antes de se tornar instituída numa prática, é interpretada, adaptada à realidade local e manipulada tendo em vista propósitos diversos. Trata-se, enfim, de uma instância das mais importantes para direcionar o sentido que a política de saúde irá tomar.

Todos os 100 médicos da rede pública de saúde responderam a um questionário, aplicado na presença de um pesquisador ao longo do ano de 1988. A análise das questões foi realizada após a digitação dos questionários em formulários padrão eletrônico e as tabulações foram obtidas através de aplicativo estatístico apropriado. A análise foi precedida de depuração dos dados por exame de consistência e de variação aceitável dos valores numéricos e categóricos. Todos os 36 coordenadores de Postos e Centros de Saúde foram

também entrevistados. Neste caso, o procedimento metodológico seguiu a orientação qualitativa, na linha de investigação antropológica.

2. O PERFIL DOS AGENTES DE SAÚDE DA REDE BÁSICA

Na ocasião desta pesquisa, trabalhavam nos Postos e Centros de Saúde de Campinas, um total de 235 servidores distribuídos de acordo com a tabela abaixo.

Tabela 1
Funcionários dos Centros e Postos de Saúde de Campinas
Frequência e Percentagem - 1988

PROFISSÃO-OCUPAÇÃO	FREQÜÊNCIA	PERCENTAGEM
Assistente Social	04	1,7
Auxiliar de Enfermagem	38	16,2
Dentista	23	9,8
Enfermeiro	19	8,1
Médico	100	42,5
Psicólogo	01	0,4
Visitador Sanitário	07	3,0
Outros	43	18,3
Total	235	100,0

Chama imediatamente a atenção nesta tabela o fato de que 42,6% do total de servidores serem médicos e de que apenas 20,3% pertencerem à área de enfermagem (enfermeiros, auxiliares de saúde e de enfermagem). Trata-se de uma proporção desequilibrada dado o modelo assistencial baseado principalmente no atendimento médico apoiado em serviços e procedimentos de enfermagem.

É freqüente a representação de que a rede básica de serviços de saúde teria uma composição de recursos humanos e de equipamentos bastante simplificada. No que se refere à área de Recursos Humanos, no entanto, os dados revelam que tal não ocorre, uma vez que 64,1% dos profissionais destas unidades têm Curso Universitário completo. Por outro lado, a proporção (9,8%) dos que têm formação técnica intermediária é insignificante.

Estes números revelam uma importante distorção na composição do quadro de pessoal, visto que seria de se esperar para uma rede deste padrão uma percentagem bem maior de profissionais de nível técnico. Ao contrário do que se apregoa, é também pequena a parcela dos servidores sem nenhuma qualificação formal. Apenas 9,0% apresentam o curso primário completo ou incompleto. Uma outra característica importante destes agentes encontra-se no fato de que 75,6% deles serem do sexo feminino.

A concentração de trabalhadores na faixa de 20 aos 40 anos (27,9%), principalmente entre 30 e 40 (48,1%), corrobora a hipótese freqüentemente levantada de que, tanto para a carreira dos técnicos como para a dos profissionais com formação universitária, a rede básica constitui como que um primeiro degrau de suas vidas profissionais.

Esta impressão é reforçada pelo fato de 80,0% dos profissionais universitários desta rede terem menos de 10 anos de formatura, evidenciando uma tendência de mercado que leva principalmente os recém-formados a procurarem este tipo de emprego. O intervalo de 5 até 10 anos é o que apresenta o maior índice (54,4%), seguido pelo que vai de 0 a 5 anos (26,6%). Já o intervalo de 10 até 15 anos (12,2%) e, finalmente, o que compreende 15 anos ou mais de formado (6,8%) mostram índices não muito expressivos.

Dos profissionais com formação universitária, 45,8% cursaram escolas públicas e 53,5%, privadas. De certa forma, estes dados eram esperados, uma vez que uma proporção significativa desses profissionais são egressos das duas grandes universidades de Campinas a UNICAMP e a PUCCAMP, sendo uma pública e outra privada.

Deste grupo de universitários, verifica-se ainda que 61,4% fizeram seus cursos de graduação no Estado de São Paulo, 13,9% em Minas Gerais e 9,9% no Rio de Janeiro. Os demais 15% formaram-se nos demais estados da Federação, indicando um índice relativamente baixo de migração, uma vez que quase dois terços dos profissionais são originários do próprio Estado de São Paulo.

3. OS MÉDICOS

Estudando esta categoria profissional, a mais freqüente entre todos os trabalhadores de saúde da rede de atenção primária de Saúde de Campinas, verificamos que 74,3% deles cumpriram programas completos de Residência Médica e que, portanto, apenas 25,7% não

fizeram este curso de especialização. Dos que completaram Residência Médica, 59,6% realizaram-na em serviços públicos.

Estes profissionais são contratados com a classificação de médicos de saúde pública, devendo teoricamente prestar assistência do tipo geral à clientela. No entanto, nos deparamos com uma percentagem surpreendentemente alta de especialistas de fato, na maioria dos casos, pouco inclinados a desempenhar uma função considerada incompatível com sua formação. Este tipo de dado confirma a hipótese de que os serviços de atenção primária apresenta uma complexidade muito maior do que poderia se imaginar a partir da idéia de “simplificação” tecnológica que o discurso do próprio sistema público de saúde alimenta.

Ao analisar as principais modalidades de especialização acadêmica dos médicos, verificamos um amplo predomínio das modalidades clínica (28,3%) sobre as exclusivamente cirúrgicas (2,6%), o que é um dado esperado, uma vez que, na ocasião desta pesquisa, a rede básica de Campinas não havia incorporado em seu funcionamento qualquer tipo de atenção na área cirúrgica. Quanto às principais áreas de especialização, predomina a pediatria (38,0%), seguida pela clínica (20,0%), ginecologia (15,0%), medicina preventiva (9,0%) e Outras (18,0%).

No que diz respeito à modalidade ou área principal efetivamente exercida em pelo menos mais de 50% da jornada de trabalho (incluindo também os períodos de trabalho realizados fora da rede pública), encontramos modificações nos perfis destes especialistas, com uma nítida tendência a concentrar profissionais nas áreas consideradas mais gerais. Na prática, portanto, 35,0% exercem a função de clínicos gerais ou internistas, 35,0% de pediatras, 14,0% de obstetras, 6,0% de sanitaristas e 10% de outras especialidades.

Quanto à especialidade efetivamente realizada na rede básica, apenas 21,0% dos contratados desempenham a função de generalistas, apesar de todos serem contratados com o objetivo de exercer este mesmo papel. Predominam os que exercem exclusivamente a Pediatria (36,0%), o atendimento de adultos (18,0) e da mulher (12,0%). É interessante assinalar que, enquanto um resíduo histórico, persistem na rede alguns especialistas responsáveis pelos tradicionais programas de saúde pública tais como os dermatologistas, responsáveis pelo controle da Hanseníase; os infectologistas, responsáveis pelo controle da tuberculose e de outras endemias.

Apenas 15,5% desses médicos mantinham também vínculos empregatícios com alguma instituição de ensino universitário de saúde. É curioso assinalar que apenas 34,0% deles trabalhavam também em consultórios do tipo liberal. Este índice é bastante inferior à média de médicos em geral de acordo com o levantamento realizado tanto pelo Conselho Regional de Medicina de São Paulo na grande São Paulo em 1981 (Cohn & Donnangelo, 1981) e também pela Escola Nacional de Saúde Pública em 1988 entre os médicos do grande Rio de Janeiro apontam um índice em torno de 60% nesse sentido.

Mais curioso, contudo, é o dado de que apenas 23,6% dos médicos da rede básica trabalham também em qualquer outro hospital da cidade ou região. Este dado confirma a hipótese de que a maioria destes profissionais estão em início de carreira, não tendo ainda conseguido espaço nem em um dos vários Corpos Clínicos ou no quadro de um hospital público. Ou seja, inversamente, 76,4% não têm acesso à prática clínica de nível hospitalar. Vale ressaltar, ainda, que apenas 6,3% destes médicos ocupam postos de direção ou de planejamento, quer a nível local ou regional.

4. AS REPRESENTAÇÕES DOS MÉDICOS SOBRE POLÍTICA E ADMINISTRAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Ao tentar identificar em que medida os profissionais médicos dos Postos e Centros de Saúde de Campinas se opõem às ações que signifiquem algum tipo de controle sobre a tradicional “autonomia” do trabalho médico, encontramos o seguinte padrão de respostas:

Sobre a SUPERVISÃO TÉCNICA DIRETA E INDIVIDUAL como instrumento de acompanhamento do trabalho médico, 4,3% dos entrevistados consideram-na DESCABIDA; 35,5%, DISPENSÁVEL; e 60,3%, NECESSÁRIA.

Sobre a AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES PROFISSIONAIS por meios indiretos como boletins de produção, indicadores de produtividade, entre outros, 1,7% consideraram-na DESCABIDA; 27,0%, dispensável; 71,2%, NECESSÁRIA.

Estes dados mostram que apenas um terço dos médicos que trabalham na rede pública negam explicitamente a necessidade de Supervisão e de Avaliação do trabalho médico por outros profissionais e que uma percentagem muito pequena as consideram descabida. Este fato evidencia que, majoritariamente, os médicos estão predispostos a aceitar instrumentos

de controle sobre o trabalho, o que é estranho à tradição do liberalismo médico ou mesmo ao alto grau de autonomia que ainda desfrutam em grande número de postos de saúde.

No entanto, há uma rejeição bem mais expressiva à idéia de uma possível fiscalização das atividades profissionais do médico pelos pacientes ou pela comunidade. Neste caso, 9,0% consideraram este tipo de fiscalização DESCABIDA POR SER ANTI-ÉTICA; 41,0% entenderam-na como DISPENSÁVEL e 50,0%, como sendo necessária.

Ou seja, metade dos médicos da rede não consideraram importante a possibilidade do paciente exercer algum tipo de fiscalização sobre o seu trabalho. Em certa medida, este dado confirma uma tendência relativamente forte no Brasil que diz respeito ao fato da corporação médica julgar-se acima de qualquer crítica, principalmente se proveniente do mundo leigo, reivindicando, assim, um certo direito à impunidade.

Por outro lado, quando perguntados sobre a delegação de algumas funções atualmente realizadas exclusivamente por médicos a outros profissionais de saúde, encontramos que 63,4% dos entrevistados consideram-na NECESSÁRIA; 22,4% tinham-na como DISPENSÁVEL; e 14,2%, como DESCABIDA POR SER ANTI-ÉTICA.

Neste caso, é importante destacar que a delegação de responsabilidades de atividades tradicionalmente praticadas exclusivamente por médicos é uma prática corriqueira nos serviços de Atenção Primária da rede pública de saúde de Campinas. Diante disso, o fato de 36,6% dos médicos a terem considerado ou dispensável ou descabida é bastante expressivo. Como 14,2% consideraram-na anti-ética e, portanto, condenável a princípio, uma fonte constante de dificuldades para qualquer trabalho de equipe tende a ocorrer.

Surpreendentemente, 82,2% dos médicos entrevistados consideraram NECESSÁRIA a **NORMATIZAÇÃO OU PADRONIZAÇÃO** de condutas diagnósticas ou terapêuticas. Isso evidencia, pelo menos no que diz respeito à liberdade do profissional escolher livremente suas condutas, um considerável distanciamento do ideal de autonomia. Apenas 9,9% consideraram DISPENSÁVEL a adoção de normas e padrões para diagnósticos e terapêuticas; e 7,7% consideraram este tipo de procedimento administrativo como sendo **DESCABIDO POR REPRESENTAR VIOLAÇÃO DA AUTONOMIA PROFISSIONAL**.

Sobre se as **AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE** de fato constituem uma alternativa adequada para a melhoria dos serviços de saúde, principalmente no que diz respeito, segundo o discurso oficial, a uma melhor utilização dos recursos já existentes, os médicos da rede dividiram-se entre uma maioria que **CONCORDAVA INTEGRALMENTE COM ESTA**

AFIRMAÇÃO (51,9%) e uma minoria que NÃO CONCORDAVA (5,6%). Um número expressivo CONCORDAVA APENAS PARCIALMENTE (33,5%) e 9,0% não tinham opinião formada.

Estes resultados atestam que, entre os médicos da rede básica de serviços públicos de saúde havia, na época da pesquisa, uma opinião favorável à uma política de saúde de cunho reformista, com o objetivo de adequar mais racionalmente o sistema de saúde às demandas sociais. Um número muito pequeno colocava-se explicitamente em confronto com essas reformas que então vinham ocorrendo no sistema municipal de saúde de Campinas, e que eram claramente identificadas, tanto pelo Governo local como pelo da União, como sendo um caso particular de transformação mais ampla levada a cabo pelo Ministério da Previdência e Assistência Social e pelo Ministério da Saúde.

Contudo, apesar da maioria concordar com as diretrizes mais gerais da então política oficial. O mesmo não ocorria quanto à sua eficácia prática. Neste caso, as opiniões dividiam-se nitidamente. Perguntados se as AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE, embora podendo se constituir numa alternativa adequada para a melhoria dos serviços de saúde, na prática não vinham provocando mudanças, 51,9 CONCORDARAM INTEGRALMENTE COM ESTA AFIRMATIVA, enquanto 33,5% CONCORDARAM PARCIALMENTE com ela. Estas respostas revelam um descrédito importante quanto à capacidade desta política de provocar mudanças reais no Sistema Público de Saúde.

Ainda sobre as AIS, 27,0% dos médicos CONCORDARAM INTEGRALMENTE com a idéia de que ela favorecia o processo de ESTATIZAÇÃO da medicina no Brasil; outros 39,1% CONCORDARAM PARCIALMENTE com esta afirmativa; 15,0% não concordavam com esta afirmação e 18,9% NÃO TINHAM QUALQUER OPINIÃO A RESPEITO. Estes dados revelam desinformação sobre o que de fato pretendem as políticas das AIS. É evidente que elas visavam modernizar, racionalizar o sistema de saúde e não estatizá-lo. É notável ainda o número significativamente grande de profissionais que não tinham qualquer opinião sobre um tema que evidentemente lhe dizia respeito.

Sobre se as AIS favoreciam o processo de ASSALARIAMENTO TOTAL DOS MÉDICOS, 29,9% CONCORDARAM INTEGRALMENTE, 36,1% COCNCORDARAM PARCIALMENTE e apenas 22,4% NÃO CONCORDARAM com esta afirmação, evidentemente exagerada e absolutamente improvável. As AIS não mostraram nem em seu discurso e, muito menos ainda, em sua operacionalização a mínima possibilidade de provocar um assalariamento total dos médicos. Estes dados são análogos com os anteriores, sobre a estatização, e

podem ser consistentes com um perfil de preconceito tipicamente liberal, que imagina toda e qualquer intervenção do Estado como sendo uma ameaça à propriedade privada e, no caso dos médicos, ao livre exercício da medicina.

Sobre o papel do Estado na assistência à saúde, os médicos entrevistados mostraram uma nítida divisão. Colocados frente a um marco tipicamente retirado do discurso néo-liberal, 48,5% NÃO CONCORDARAM que o Estado (União, Estados e Municípios) devesse ser responsável apenas pela saúde pública e pelo atendimento médico da população carente. No entanto, 31,5% CONCORDARAM INTEGRALMENTE com esta opinião e 16,6%, PARCIALMENTE. Neste assunto, só 3,4% revelaram-se SEM OPINIÃO FORMADA.

Diante da questão “O Estado deve garantir serviços de saúde à todos os indivíduos através de serviços próprios ou de compra de serviços ao setor privado”, os médicos mostraram o seguinte perfil de opiniões: 51,9% CONCORDARAM INTEGRALMENTE, 17,4% NÃO CONCORDARAM, 27,2% CONCORDARAM PARCIALMENTE e apenas 3,4 estavam SEM OPINIÃO FORMADA.

Estes resultados são consistentes com a assertiva anterior, quando os médicos dividiram-se ao meio, metade com resposta mais próxima ao ideal liberal e outro tanto com uma categoria profissional quase inteiramente assalariada.

No entanto, é curioso que, quando colocados frente a uma alternativa explicitamente socializante de modelo assistencial, 68,9% CONCORDARAM INTEGRALMENTE que o Estado deve garantir serviços de saúde a todas as pessoas através de um sistema único, socializado, de saúde. Apenas 17,9% NÃO CONCORDARAM com esta afirmativa, 16,6% CONCORDARAM PARCIALMENTE, e 6,0% mostraram-se SEM OPINIÃO.

5. OS MÉDICOS E SUAS OPINIÕES SOBRE DETERMINANTES DO PROCESSO SAÚDE/DOENÇA E SOBRE SUA PRÁTICA PROFISSIONAL

Neste campo, verificou-se que, a maioria dos médicos não compartilhava de uma perspectiva “medicalizante”, reconhecendo a primazia das condições sócio-econômicas na determinação da saúde e admitindo a dependência da assistência médica a um conjunto amplo de fatores históricos, conjunturais ou estruturais.

Assim, quando questionados se “a grande variedade de produtos farmacêuticos à disposição dos médicos no Brasil é conseqüência dos avanços científicos e tecnológicos observados no setor, sendo de fundamental importância para garantir a qualidade da assistência prestada à população”, apenas 10,1% CONCORDARAM INTEGRALMENTE, ao mesmo tempo que 64,9% NÃO CONCORDARAM, 24,05% CONCORDARAM PARCIALMENTE e 2,0% mostraram-se SEM OPINIÃO. Fica evidente, pelo padrão de respostas, que há consciência entre os médicos do peso significativo representado por elementos estranhos à prática médica no mercado de medicamentos.

Este tipo de visão crítica confirma-se nas respostas à questão “É possível prestar assistência médica de boa qualidade trabalhando-se com uma lista básica padronizada de medicamentos e equipamentos que não contenha todos os itens existentes no mercado?” Apenas 14,4% dos médicos NÃO CONCORDARAM com essa possibilidade, que é de fato a situação em que trabalha a maioria destes profissionais. Ao mesmo tempo 5,3% CONCORDARAM INTEGRALMENTE com ela, 25,1% CONCORDARAM PARCIALMENTE e 1,7% mostraram-se SEM OPINIÃO.

O mesmo padrão de resposta aparece quando se lhes apresentou uma afirmação que superestimava a importância da existência de equipamentos na assistência pública no Brasil. Neste caso, diante da questão “A assistência à saúde prestadas pelos serviços públicos não é boa porque estes não possuem equipamentos modernos”, 46,0% NÃO CONCORDARAM, 36,2% CONCORDARAM PARCIALMENTE, e 16,2% CONCORDARAM INTEGRALMENTE.

No que diz respeito à relação entre condições de manutenção de saúde de uma população, houve um padrão de resposta que privilegiou as condições gerais de vida em detrimento da assistência médica individual. Assim, diante da pergunta “As condições sócio-econômicas, ambientais e de trabalho têm um papel mais importante na saúde das pessoas do que a assistência médica”, apenas 5,6% NÃO CONCORDARAM com a proposição. Por outro lado, 65,0% CONCORDARAM INTEGRALMENTE e 0,9% mostraram-se SEM OPINIÃO.

A questão inversa “A assistência médica tem um papel mais importante na saúde das pessoas do que as condições sócio-econômicas, ambientais e de trabalho”, confirmou a consistência dos resultados acima apresentados. Assim 75,3% NÃO CONCORDARAM, com esta nova proposição que atribuía primazia à assistência médica individual sobre as condições gerais de vida. Ao mesmo tempo, 21,7% CONCORDARAM PARCIALMENTE, apenas 2,6% CONCORDARAM INTEGRALMENTE e 0,4% mostraram-se SEM OPINIÃO.

Diante de uma pergunta que insinua a existência de uma possível independência do saber médico do contexto social, houve uma franca rejeição a ela. Assim, diante da questão “o seu conhecimento profissional, por ser um conhecimento científico, é independente da cultura e das condições sociais que o cercam”, 75,0% NÃO CONCORDARAM, 17,6% CONCORDARAM PARCIALMENTE e, apenas 7,4% CONCORDARAM INTEGRALMENTE.

Foram realizadas três questões sobre práticas alternativas e sua repercussão sobre a saúde dos indivíduos, sendo obtido o seguinte padrão de respostas:

- a) “As medicinas alternativas, por serem baseadas em tradições populares não científicas, não merecem credibilidade”. Diante desta questão, que tenta retirar qualquer legitimidade às práticas alternativas, 57,0% NÃO CONCORDARAM, 7,7% CONCORDARAM INTEGRALMENTE, 30,6% CONCORDARAM PARCIALMENTE e 4,3% NÃO TINHAM OPINIÃO FORMADA.
- b) “As medicinas alternativas deveriam ser levadas mais à sério, justamente por serem baseadas, via de regra, em tradições da cultura popular”. É interessante notar que, diante desse caso em que se propões valorizar as práticas alternativas, a maioria dos médicos preferiu adotar uma posição intermediária. Assim, diante desta proposição, 46,4% CONCORDARAM PARCIALMENTE, 39,1% CONCORDARAM INTEGRALMENTE, 10,6% NÃO CONCORDARAM E 3,8% mostraram-se SEM OPINIÃO.
- c) “É correta a política que busca incorporar alguns elementos das práticas alternativas às condutas da medicina oficial (alopatia)?” Em certa medida, há uma alteração do padrão de resposta desta assertiva quando comparada à anterior. Agora, a maioria (52,6%) CONCORDARAM INTEGRALMENTE com a proposta de incorporação de saberes e práticas alternativas à medida oficial institucionalizada, 9,9% NÃO CONCORDARAM, 28,8% CONCORDARAM PARCIALMENTE e 8,6% mostraram-se SEM OPINIÃO. A ampla aceitação desta questão surpreende, tendo em vista a resistência que as Instituições da Medicina, em geral, apresentam diante deste tipo de proposta.

A respeito da relação entre a equipe de saúde e o trabalho médico, obteve-se o seguinte padrão de respostas diante das seguintes questões:

- a) “O trabalho da equipe de saúde deve necessariamente ser coordenados por um médico para que sejam alcançados resultados adequados”. Diante dessa afirmativa que pressupõe a hegemonia e o controle do médico sobre o trabalho dos demais

profissionais da saúde, obteve-se o seguinte padrão de respostas: 31,5% CONCORDARAM INTEGRALMENTE, 19,6% CONCORDARAM PARCIALMENTE, 48,5% NÃO CONCORDARAM E 0,4% mostraram-se SEM OPINIÃO. É interessante assinalar que a Secretaria Municipal de Saúde de Campinas já admitia, na época da pesquisa, a possibilidade de outros profissionais com formação universitária, que não necessariamente médicos, assumirem a chefia, embora não tenha havido nenhum caso nesse sentido.

- b) “A assistência médico-sanitária deve concentrar-se no trabalho médico, uma vez que as outras categorias profissionais de saúde desempenham papéis secundários nesta prática. Diante dessa questão, 66,7% dos médicos NÃO CONCORDARAM, 10,7% CONCORDARAM INTEGRALMENTE, 18,3% CONCORDARAM PARCIALMENTE e 4,3% NÃO TINHAM OPINIÃO FORMADA.
- c) “A assistência médico-sanitária não deve, necessariamente, centrar-se no trabalho médico, uma vez que a atenção integral à saúde exige o concurso de outros profissionais da saúde”. Esta questão coloca a anterior de uma forma mais produtiva. Neste caso, uma expressiva maioria de 80,9% CONCORDARAM INTEGRALMENTE com a idéia que vincula atenção integral à saúde e equipe multiprofissional. Apenas 8,9% NÃO CONCORDARAM, 7,2% CONCORDARAM PARCIALMENTE, e 3,0% mostraram-se SEM OPINIÃO FORMADA.
- d) “O trabalho em equipe multiprofissional é importante para evitar o envolvimento do médico com tarefas secundárias”. Esta questão foi colocada para avaliar em que medida a admissão por parte dos médicos da necessidade da equipe multiprofissional poderia estar relacionada apenas com justificativas pragmáticas, como esta de aumentar a produtividade do trabalho médico. Neste caso, a admissão da necessidade de uma equipe multiprofissional não significa a renúncia de hegemonia da profissão médica sobre as demais. Diante desta questão, 48,8% dos entrevistados CONCORDARAM INTEGRALMENTE, 22,1% NÃO CONCORDARAM, 28,5% CONCORDARAM PARCIALMENTE e 0,90% mostraram-se SEM OPINIÃO FORMADA.

Quanto a relação dos médicos com os pacientes do ponto de vista de intercâmbio de informações, os seguintes resultados foram encontrados:

- a) “Freqüentemente o fracasso dos tratamentos se explica, principalmente, pelo fato dos pacientes não seguirem de forma adequada a prescrição”. Evidentemente, este tipo de

assertiva procura responsabilizar o paciente pelo grande número de fracassos ou de insucessos terapêuticos, e, neste caso, a maioria dos médicos adotou uma postura moderada. Assim, 49,4% deles CONCORDARAM PARCIALMENTE com este tipo de explicação. Surpreende o fato de que um índice relativamente grande (31,1%) CONCORDARAM INTEGRALMENTE com ela, independentemente de haver qualquer evidência empírica a comprová-la. Apenas 19,1% NÃO CONCORDARAM com a afirmação e 0,4% mostraram-se SEM OPINIÃO FORMADA. Evidentemente, concordar com esta assertiva desobriga os médicos de realizar qualquer reflexão mais crítica sobre os limites de sua prática e das instituições onde trabalham.

- b) “Todo e qualquer paciente tem o direito de conhecer o diagnóstico de sua doença, bem como de receber explicações claras sobre o tratamento adotado”. Aqui, há uma evidência interessante que se choca com uma das reclamações mais frequentes dos usuários do sistema de saúde brasileiro, ou seja, o laconismo da maioria dos médicos sempre se referem ao processo de doença ou tratamento de seus pacientes. Apesar de haver esta imagem entre os usuários, 82,1% dos entrevistados CONCORDARAM INTEGRALMENTE com esta assertiva, ao mesmo tempo que apenas 2,6% NÃO CONCORDARAM, 14,9% CONCORDARAM PARCIALMENTE e 0,4% mostraram-se SEM OPINIÃO.
- c) “Para a clientela com baixo grau de escolaridade é necessário e, as vezes até prejudicial, a explicação do diagnóstico e condutas adotadas”. Esta pergunta procura identificar a presença de algum tipo de atitude discriminatória na forma de relacionamento entre médico e paciente conforme o nível cultural dos últimos. Embora a maioria (66,0%) NÃO CONCORDARAM com esse tipo de afirmativa, é significativo o índice dos que CONCORDARAM PARCIALMENTE com ela (22,1%). Por outro lado, apenas 11,1% CONCORDARAM INTEGRALMENTE, ENQUANTO 0,4% mostraram-se SEM OPINIÃO.
- d) “A adequada informação ao paciente do diagnóstico da doença, de sua evolução e das condutas a serem adotadas, contribui para elevar a eficácia das suas ações de saúde”. As respostas anteriores, onde os médicos reconheceram a importância do intercâmbio de informações com o paciente. Neste caso, 84,2% CONCORDARAM INTEGRALMENTE com a assertiva, 13,7% CONCORDARAM PARCIALMENTE, 1,7% NÃO CONCORDARAM e 0,4% mostraram-se SEM OPINIÃO FORMADA.

6. REPRESENTANTES SOBRE O PAPEL DO COORDENADOR E SEU RELACIONAMENTO COM O PODER CENTRAL

Todos os Coordenadores dos 31 postos ou centros de saúde de Campinas foram entrevistados. Uma vez que em 14 Postos ou Centros de Saúde não havia um coordenador efetivo, foram realizadas 17 entrevistas. Todos estes profissionais têm formação médica, sendo que a maioria tem idade inferior a 35 anos e menos de 3 anos exercendo a função.

Nestas entrevistas, procurou-se captar o discurso e as representações destes agentes institucionais com o propósito de enriquecer os dados quantitativos levantados por esta pesquisa. Para tanto, procurou-se seguir um certo eixo de questões a fim de permitir uma certa homogeneidade ao conjunto das entrevistas.

Quando mencionam a sua relação com a direção da Secretaria Municipal de Saúde, os coordenadores apontam, de forma praticamente consensual, uma considerável distância entre o nível central e o nível local. Distâncias esta que se expressa de várias formas. A mais evidente é a que mostra que, de um modo geral, estes agentes não se sentem como dirigentes, como participantes efetivos das decisões estratégicas da instituição. O Coordenador seria, no dizer de alguns entrevistados, uma espécie de “tampão” ou “bucha de canhão”, ou mesmo “capataz” do nível central. Seu papel corresponde, nesse sentido, ao de executor de normas e procedimentos deliberadas neste nível, sem que delas tivesse tido a menor participação. Ao mesmo tempo, ele se vê como um anteparo com relação as demandas e reivindicações geradas a nível de equipe local de saúde. No dizer de um deles, o coordenador deixou de ser o representante do Posto na Prefeitura para ser o representante da Prefeitura no Posto. Este aspecto, segundo esta mesma entrevista, significa uma mudança radical em relação à orientação existente anteriormente no serviço organizado pela rede estadual, produzindo insatisfação e resistência em seus funcionários, hoje sob o controle administrativo da Prefeitura.

Mais de um coordenador questionou o caráter das reuniões de nível central, nas quais o tempo era majoritariamente gastos em informações gerais, não deixando espaço para a discussão das questões substantivas que afligem aqueles que gerenciam a rede. De acordo com a grande maioria deles, falta autonomia decisória para o papel de coordenador, ou a autonomia é percebida como apenas parcial. Por exemplo, há autonomia para controlar o ponto do pessoal auxiliar, porém, não há para o controle de desempenho de médicos e

dentistas. O distanciamento do nível central manifesta-se, ainda, no que alguns denominaram de “indiferença institucional”, ou seja, a não existência de diretrizes, orientações e avaliações dos serviços prestados, dentro de um quadro que muitos denominaram de incompetência gerencial. Além disso, lembrou-se também da manipulação do serviço para fins clientelísticos e eleitoreiros pelo nível municipal. Alguns dos entrevistados mencionaram que a distribuição de medicamentos e recursos materiais e humanos para os Postos e Centros de Saúde nem sempre seguem critérios técnicos e, muitas vezes, se deixam influenciar por interesses casuísticos menores. Com isso, o nível central é acusado de não estar interessado em soluções mais efetivas com relação aos vários problemas que ocorrem no dia a dia dos Postos e Centros de Saúde, fazendo com que os coordenadores “se virassem sozinhos”, sem apoio e sem recursos.

Freqüentemente, os coordenadores fizeram comparações entre os gerentes municipais e os estaduais municipalizados. Nesse sentido, os primeiros seriam mais “amadores” com menos especialização, sendo que ainda, em maior proporção, encontram-se vinculados ao serviço em tempo parcial. Neste contexto, considera-se que eles se tornam mais vulneráveis à situação de transição por que passa o serviço.

A Prefeitura, através de sua Secretaria de Saúde, de fato, não delega normas e funções revestidas de autoridade à coordenação a nível local. Um sintoma significativo disso é o fato de que a maioria dos coordenadores designados são em atividades de tempo parcial que, diante de suas obrigações com o atendimento clínico, não encontram tempo para sequer pensar em maneiras de gerenciar o serviço.

Já os serviços estaduais, pela maior grau de institucionalização tradicionalmente apresentam um papel muito mais definido para os gerentes do que os de Prefeitura. Recentemente, no entanto, com municipalização do serviço através do SUDS, a tradição acumulada pelo serviço estadual teve de se subordinar ao gerenciamento municipal, gerando insatisfação de vários tipos. Como já mencionamos, uma proporção considerável dos coordenadores de serviços estaduais observam este fato de um modo bastante negativo e chegam a mencionar que, ao invés de se estabelecer um princípio de ordem baseada em hierarquia e autoridade centrada no serviço, criou-se uma dimensão essencialmente “politiqueira”, gerando uma certa anarquia no nível local.

Como exemplo desta representação negativa, citou-se o caso do coordenador não Ter poder para contribuir para a seleção de pessoal de nível superior a ser contratado, nem sequer para repreender ou punir um profissional que mostra empenho insuficiente em seu

trabalho. Com tudo isso, o cargo é visto como quase decorativo ao pouco poder de intervenção na área em que deveria atuar. Isso não impede, no entanto, a existência de algumas administrações bem sucedidas, geralmente em casos em que a equipe de profissionais do serviço, em processo consensual, delega autoridade para o coordenador e consegue superar a falta de normatização para o exercício da função.

7. REPRESENTAÇÕES SOBRE O PERFIL IDEAL DO COORDENADOR

A idéia de que os coordenadores deveriam ser de nível universitário (não necessariamente médico) com formação específica na área de saúde pública ou administração em serviços de saúde foi apontada como uma necessidade crucial do serviço pela grande maioria dos coordenadores. Além disso, outra idéia unanimemente acolhida foi a necessidade de trabalho em tempo integral para quem exerce esta função.

De um modo geral, reconheceu-se a inadequação da formação profissional básica dos coordenadores, muito tecnicista e pouco voltada para o social ou coletivo. Criticou-se, nesse sentido, o fato da instituição não ter nenhuma política própria para formar sanitaristas, embora tenha sido reconhecido que ela não coloca obstáculos para aqueles que se propõem a frequentar cursos oferecidos por outras instituições.

Foi também bastante comum a observação de que eles se consideram qualificados para a função, em que pese o conteúdo falho da formação profissional recebida do ponto de vista formal, principalmente no que diz respeito ao curso de graduação. Este último foi observado como deficiente nos aspectos coletivos, sociais e comunitários da medicina. A compensação para esta falha, reconheceu-se, teve de ser obtida a partir de um grande esforço pessoal para se adaptar à realidade no dia a dia do serviço. A aprendizagem prática é, nesse sentido, muito valorizada, uma vez que constituiu a única ajuda na superação das deficiências da formação profissional.

Os coordenadores que fizeram residência em medicina Preventiva consideram, em geral, que a aprendizagem adquirida neste curso de pós-graduação permitiu uma visão mais clara do significado de saúde pública. Com isso, foi possível adquirir um entendimento mais adequado do serviço a ser dispensado, o que permitiu uma maior facilidade para assumir e exercer o papel de coordenador. No entanto, mesmo estes reconheceram a importância do aprendizado proveniente da vivência e da prática na formação de um bom profissional.

No entanto, a situação considera ideal, ou seja, que o coordenador tenha residência em medicina preventiva corresponde, na prática, a apenas 25% dos casos. A maioria dos casos (65%) corresponde aos que não apresentam este grau de especialização, embora uma proporção significativa estão realizando ou pretendem vir a realizar, em curto prazo, especialização nesta área. O estímulo para isso seria aprimorar o seu conhecimento de administração, além de acumular pontos para poder efetivar-se na posição por concurso.

Muitos coordenadores revelaram não ter tido qualquer tipo de conhecimento especializado sobre a rede pública de serviços de saúde ou, ainda, sobre medicina preventiva na época em que foram nomeados para o cargo. Uma minoria (10%) não realizaram, não estão realizando e nem pretendem vir a realizar em curto prazo qualquer treinamento em saúde pública ou medicina preventiva.

No entanto, a falta de treino formal para o exercício da função de coordenador não é percebida como o principal obstáculo ao desenvolvimento da rede básica de serviços de saúde. Como já foi mencionado, o poder público municipal, principalmente através da sua indefinição em atribuir normas para o exercício do papel correspondente a esta função, é reconhecido como um obstáculo principal para a consolidação e melhoramento do serviço. Considera-se que esta indefinição seja responsável pelo fato da maior parte do tempo de trabalho do coordenador ser efetivamente dispendido em atendimento clínico à população, ficando a coordenação propriamente dita como um aspecto totalmente secundário. A indefinição do papel a ser desempenhado não deixa outra alternativa, sendo que a jornada parcial aparece como um agravante deste problema. A grande maioria dos entrevistados considera que o tempo dedicado á atividade de coordenador deve ser consideravelmente aumentando em detrimento da atividade clínica.

Uma forma praticamente consensual com que se observou o perfil ideal do coordenador do serviço refere-se a um profissional com graduação universitária (preferível, mas não necessariamente médico), com formação em saúde pública e em gerenciamento de serviços de saúde. A sua atividade deveria ocorrer em tempo integral, de modo a permitir realizar e executar o planejamento de toda a unidade, definir regras administrativas, respeitando os direitos e deveres dos funcionários, além de coordenar tecnicamente as várias áreas de serviços, os recursos humanos e o processo de trabalho. Ele deveria ainda dividir o seu tempo igualmente em três áreas: a clínica, a coordenação administrativa e a saúde pública. Esta última área é considerada a mais prejudicada devido à falta de definição política,

normatização e organização que pudessem caracterizá-la como uma atividade consistente de saúde integrada voltada à coletividade.

8. OS COORDENADORES COMO FORMULADORES DE POLÍTICAS PÚBLICAS

As 17 entrevistas realizadas com os coordenadores podem ser classificadas em três grupos básicos de acordo com a inserção no mercado de trabalho e a postura ideológica que esta inserção acarreta. Assim, temos os que mantêm vínculo exclusivo em tempo integral com a rede, os que mantêm um vínculo parcial, mas almejam um contrato com vínculo integral e os que mantêm um vínculo integral. Esta caracterização provou ser consistente no que diz respeito às representações e, principalmente, à capacidade de interpretar o momento e a situação institucional da rede pública de serviços de saúde.

Há 6 coordenadores que mantêm vínculo exclusivo em tempo integral com a rede, sendo que 2 apresentam contrato em tempo parcial, mas como são comissionados pelo INAMPS e pela Secretaria de Saúde do Estado, efetivamente exercem uma atividade integral. Apenas um destes coordenadores não têm especialização em Saúde Pública. No âmbito do discurso e das representações sobre o momento vivido pela instituição, estes profissionais tendem a mostrar representações globalizantes e politizadas. De um certo modo, estas representações mobilizam amplas concepções sobre o conjunto do processo social. As explicações do que ocorre ao nível da rede básica de serviços de saúde são frequentemente procuradas numa esfera social mais ampla, numa tentativa de relacionar o conjunto da política de saúde à situação que passava toda a sociedade.

Esses coordenadores tendem a ser filiados a um partido político de esquerda. Eles sustentam a necessidade de reformulação das políticas na área da saúde tendo em vista a implementação de um sistema único de saúde, regionalizado, hierarquizado, universal, igualitário e sob controle gerencial público. Preconizam ainda implementar, entre as ações desenvolvidas pelo Posto de Saúde, aspectos essenciais do que consideram um exercício efetivo da medicina preventiva, ou seja, a participação na educação da comunidade em relação à saúde, aspecto este totalmente secundário na prática atual. Neste esquema, o trabalho médico deveria ser realizado por uma equipe multidisciplinar, dentro de uma concepção de saúde mais holística, integrada e social. Este tipo de trabalho deve ser de boa

qualidade técnica e com resolutividade local articulada com uma retaguarda de nível secundário e terciário.

Diante deste ideal, a condução prática do serviço tende a ser avaliado negativamente em vários aspectos tópicos, onde as relações de referência e contra-referência não funcionam e as rotinas são seguidas segundo parâmetros casuísticos, sem planejamento e ordem. Embora considerem que a implantação do SUDS represente um avanço considerável no sentido de democratizar, além de racionalizar o serviço, percebem a situação atual como estando longe de ser democrática. Acreditam nesse sentido que, se houve uma melhora efetiva no atendimento médico que, atualmente, é muito mais integrado do que antes, ainda falta desenvolver uma medicina que seja voltada para a promoção da saúde e que, para isso, estimule e coordene atividades educativas para a comunidade.

Porque apresentam uma concepção rígida sobre como deveria funcionar a rede pública de serviços de saúde, eles tendem a se antecipar às diretrizes e orientações do nível central, procurando instituir valores e normas sobre a condução do serviço, sobre o procedimento terapêutico e, principalmente, sobre o papel a ser exercido pelo coordenador. Nesse sentido, este grupo tende a ser produtor de conflitos, ou porque procura fazer cumprir o papel de controlar o tratamento e a frequência no nível local, ou porque usam a criação de conflitos como mecanismos de barganha com o nível central com o propósito de procurar acumular poder de implementar direções que consideram adequadas à sua concepção de como a rede pública de serviços de saúde deveria se desenvolver.

Em relação aos profissionais de saúde que trabalham sob a sua coordenação, eles mostram uma atitude ambígua. Os médicos, as vezes, são vistos como um agrupamento que tende a criar resistências aos projetos públicos, as vezes, como um agrupamento que deve ser trabalhado no sentido de conquistar deles o apoio para o seu projeto institucional. Já o pessoal de nível auxiliar é visto como aliados potenciais que com um pouco de teoria e um pouco de prática serão facilmente cooptáveis. Quanto aos usuários, eles tendem a atuar como se fossem potencialmente uma população que pode ser organizada para a ação, no sentido de pressionar por mudanças. Isso ocorre porque, em sua concepção, como condição de democratização do serviço, a comunidade deve exercer papel crucial no controle dos serviços existentes e na implementação de outros serviços de saúde.

Consideram ainda que, de um modo geral, a experiência de municipalização é muito pequena para uma avaliação segura. Advertem, no entanto, que à falta de uma política institucional clara e explícita promovida pelos níveis estaduais e municipais, sérios

problemas são constantemente criados, prejudicando o desenvolvimento e mesmo ameaçando a continuidade de um sistema de saúde efetivo.

O segundo grupo de coordenadores correspondem a profissionais que mantêm vínculo empregatício parcial com a rede pública de serviços de saúde mas almejam obter um vínculo integral. Trata-se de 7 médicos que defendem o serviço público e as iniciativas políticas no sentido de promover um sistema único, descentralizado, regionalizado, hierarquizado e universal. Neste sentido, ao nível das representações eles não diferem muito da categoria de profissionais descritos anteriormente. No entanto, o que se depreende do discurso destes agentes e o que os diferencia em relação aos precedentes, é o caráter mais fragmentário com que a realidade é percebida. Este aspecto reflete, como consequência, uma menor capacidade de formular políticas consistentes para o sistema de saúde.

De um modo geral, embora apontem aspectos interessantes no cotidiano da rede e do Posto em que trabalham, tendem a localizar as determinações dos vários problemas com que se defrontam no cotidiano ao nível da dinâmica interna dos serviços. Admitem, por exemplo, que um aspecto importante a impedir o progresso do sistema público são as oposições dos médicos do sistema público e privado ao desenvolvimento do serviço público. Embora considerem que o ideal seria o desenvolvimento de um sistema de saúde controlado e gerenciado pelo poder público, chegam a considerar, de um modo pessimista, que o futuro estaria com a medicina de grupo e as entidades corporativas privadas tipo UNIMED, sendo que à rede pública seria reservado um papel eternamente secundário, como uma instância de ações simplificadas destinadas à população carente. É curioso observar também nesta categoria um apoio às iniciativas que visam a integrar as chamadas medicinas alternativas como a homeopatia, a acupuntura e o uso caseiro de ervas medicinais.

A explicação para esta falta de confiança no sucesso na implementação de um sistema unificado de saúde controlado e gerenciado pelo setor público é, de certa forma, consistente com o exercício de um papel de coordenador que não deixa de ser fragmentado em vários aspectos. Considerando que a maioria dos coordenadores desta categoria não completaram um curso de especialização em saúde pública ou medicina preventiva; que todos eles trabalham mais da metade de sua jornada de trabalho em vários outros empregos privados; que são forçados a investir pelo menos três quartos de seu tempo de trabalho na rede pública em atividades de atendimento clínico, ou seja, que não encontram tempo suficiente

para coordenar adequadamente o serviço, não é surpresa constatar nesta categoria uma percepção mais fragmentada da realidade.

Considerando que o mercado de trabalho para os médicos em geral encontrava-se, na ocasião da pesquisa, numa situação de pleno emprego, os que escolhiam o setor público como única forma de inserção neste mercado o faziam dentro de uma postura que é eminentemente ideológica. Nesse sentido, tanto a primeira como esta última categoria de profissionais poderiam ser denominados de “militantes” com capacidade, mais efetivamente no primeiro caso e mais potencial no segundo, de formular políticas públicas consistentes relativas à saúde. Por conseguinte, tais agentes são também capazes de apoiar ou resistir a determinadas instruções conforme elas se compatibilizem ou contrariem as suas representações sobre como o serviço deve se desenvolver e suas posturas políticas sobre este processo. Além da capacidade de formular políticas de saúde, estas duas categorias identificava no serviço de saúde um espaço de construção de sua realização como profissional e como cidadão político, condicionando vários outros aspectos dos sistemas de saúde a partir desta posição.

O terceiro grupo de coordenadores é composto por 4 profissionais que mostram ser menos politizados e mais pragmáticos do que os dois últimos grupos. De um modo geral, os médicos que se mostram mais compatíveis com esta postura revelaram menor atração sobre os grandes problemas sociais, políticos e econômicos que envolvem a sociedade mais ampla e, dentro dela, a constituição de um sistema público de serviços de saúde. Mesmo em relação aos Postos que coordenam, demonstraram uma certa distância e um menor envolvimento com relação às transformações que estão ocorrendo. De um certo modo, tendem a ver o serviço principalmente sob o ponto de vista clínico, sendo que os principais problemas mencionados foram relacionados dentro de um âmbito meramente quantitativo como, por exemplo, a necessidade de um número maior de médicos, pessoal qualificado, aparelhos diagnósticos e acesso a exames clínicos e medicamentos.

Não se observou neste grupo um nível consistente de identificação entre o exercício da profissão e a atividade de cidadania política. Os vínculos com o setor público se mantinham apenas como parte de suas relações com o mercado de trabalho. Neste contexto, a escolha deste vínculo fazia parte de uma estratégia pessoal de vida profissional, nada indicando uma escolha tipo “militante”, motivada por um ideal. Deste modo, estes profissionais tendiam a ver a sua jornada de trabalho na rede pública como um momento de uma atividade parcial do seu pleno exercício profissional. A atuação no setor privado, neste

contexto, aparece como um componente fundamental, na medida em que possibilita maiores ganhos em termos financeiros e de prestígio profissional.

Ideologicamente, estes médicos não eram necessariamente privatistas, mas viam o setor público como algo que deveria se preocupar prioritariamente como os setores populacionais “marginais”, construindo, desta maneira, uma visão dicotômica sobre a clientela e a organização da política. Neste sentido, mostraram pouco interesse sobre a concepção e o desenvolvimento de um sistema único, universal e democrático de saúde, embora pudesse apoiá-lo como uma concepção geral.

Ao contrário do que se encontrou nos grupos anteriores em que, de uma certa forma, no vazio do projeto institucional de transição, os coordenadores procuravam construir, através do estabelecimento de um consenso com o grupo de médicos do Posto, um perfil para o exercício da função de coordenador, a postura dos coordenadores deste último grupo mostrava-se muito mais passiva a este respeito. Eles atuavam no sentido de cumprir as funções que a instituição lhes coloca, reclamando quando esta lhes dava muito trabalho. Exerciam também a função procurando não gerar muito conflito com a equipe local, porque isto significava mais problema e trabalho. Com esta atitude, tendiam a realizar implícita ou explicitamente acordos corporativos como, por exemplo, a não exigência do cumprimento do horário de trabalho.

A visão dos problemas que afligem o dia a dia dos Postos recaiu quase sempre na questão da má remuneração dos médicos e na dificuldade de controlar a sua jornada de trabalho que, invariavelmente, é menor do que o estipulado pelo contrato. Isso ocorre, segundo eles, como uma compensação à má remuneração e pelo serviço ser considerado como um simples “ bico”. Diante desta constatação, a maior parte dos coordenadores deste grupo tendiam a tolerar a incapacidade dos médicos do Posto de obedecer o tempo de trabalho estabelecido em contrato.

Portanto, diante dos outros profissionais de saúde, o posicionamento é paradoxal, na medida em que criticam os médicos por não cumprirem o horário de trabalho, mas os entendem como vítimas do mercado de trabalho ou da “politicagem” dos dirigentes públicos. Na prática tendem a se solidarizar com os médicos e permitir as suas faltas. Quanto aos outros profissionais do Posto, com exceção dos dentistas, tomam uma posição de comando muito mais estrita, procurando enquadrá-los ao desempenho de funções médico-auxiliares

Consideram o papel do coordenador não muito mais como o de um simples “espião” do nível central, papel este necessário para o controle do tempo de trabalho principalmente do pessoal auxiliar no Posto. Ao mesmo tempo, ao não delegar autoridade punitiva ao coordenador no controle de desempenho dos médicos, o poder central é percebido como uma instância corruptora que introduz uma dimensão de proteção a alguns médicos que não cumprem o horário, causando toda sorte de dificuldades para o exercício do papel de coordenador.

Por tudo isso, o processo de municipalização, em geral, é visto como ambíguo, necessário, de um lado, porque imprime maior racionalidade ao sistema de saúde e perigoso, de outro lado, porque abre o sistema às ações de politicagem da prefeitura. Entre os exemplos de politicagem, mencionaram que os amigos do prefeito tem preferência no processo de contratação e, no trabalho, se situam acima da lei que os outros estão sujeitos, na medida em que estão protegidos contra as advertências por não cumprirem a jornada de trabalho ou qualquer outro motivo.

Um outro motivo importante que foi arrolado como obstáculo ao papel do coordenador refere-se à tradição liberal da medicina que dificulta ou mesmo impede o estabelecimento de procedimentos terapêuticos normatizados. Há médicos que tendem a super-medicação o paciente, um procedimento que, embora seja considerado danoso em muitos casos, não se consegue controlar porque inexistente instância na organização do Posto que possa efetivamente estabelecer certas normas terapêuticas e advertir os médicos que se recusam a segui-las.

Consideram ainda que a população não entende o que está acontecendo e que, no fundo, a mesma pressiona por mais consulta médica, recusando experiências com trabalho em equipe multidisciplinar e a delegação de algumas funções médicas ao time de auxiliares e a coordenação do Posto a um Profissional não médico. Neste contexto, os usuários do serviço são vistos apenas como clientela sem qualquer poder de participar ou de controlar a política e a administração do sistema. Diante deles, toda a questão resume-se em enquadrá-los conforme os propósitos das tecnologias em saúde que utilizam, sejam elas, por exemplo, demandadores por serviços programáveis ou de “pronto atendimento”.

Pela sua visão de rede pública de serviços de saúde centrada no Posto, pela ausência de interesse em formular políticas públicas coerentes ou mesmo de entender, em sua totalidade, o processo de mudança em curso nesta área, este grupo pode ser denominado de “pragmático”. Isso ocorre principalmente pela inserção e comprometimento limitados com

o serviço determinado pelo tempo parcial de trabalho. Nesse contexto, este grupo tendia a associar a sua atividade de coordenador com uma atividade profissional com regras que deveriam ser cumpridas, sem que isto significasse um envolvimento maior com a “política dos outros”. Isto quer dizer que, como coordenadores, embora estivesse dispostos a implementar as regras, o comprometimento político com o desenvolvimento do programa de mudanças no setor saúde era estreito e limitado.

Como decorrência, esta categoria não se revelou com capacidade efetiva ou potencial de desenvolver projetos políticos para a implementação de uma rede pública de serviço de saúde descentralizada, hierarquizada, democrática e com capacidade efetiva de promover melhora nos níveis de saúde da grande maioria da população.

7. CONCLUSÃO

O conjunto desses dados revela um quadro que, a despeito da educação médica ainda privilegiar um modelo “mecanicista” centrado nas ciências naturais e biológicas, é notável a abertura de uma parcela considerável dos médicos pesquisadores e fatores sócio-econômicos e culturais na determinação da doença, na manutenção da saúde e no sucesso terapêutico. É também notável a abertura verificada em relação às medicinas alternativas e, conseqüentemente, à visão que a ciência não deve e nem pode ser encarada como um parâmetro objetivo de verdade independente de avaliação através de critérios sociais. Esta abertura corresponde a uma representação diametralmente oposta aquela que, sabidamente, vigorava de modo predominante até décadas atrás, a qual correspondia a um papel autoritário, autônomo e insubmisso a qualquer avaliação sobre seu desempenho profissional por parte da sociedade.

Destaca-se também nestas representações a disposição para trabalho em equipe, mesmo que o coordenador do serviço não seja um profissional médico. Admitir a delegação de responsabilidades sobre questões de saúde e doença (tradicionalmente monopolizados pela profissão médica) a outros profissionais de saúde significa uma verdadeira ruptura com o caráter individualista e carismático do médico que tradicionalmente não admite outro relacionamento com uma equipe de trabalho que não fosse baseada na submissão aos seus próprios métodos e critérios.

Admitir um ponto de vista crítico com respeito à indústria farmacêutica e hospitalar é uma outra questão que, de uma certa forma, coloca o médico num campo de atuação mais próximo da população a que serve e mais independente das forças econômicas e políticas da sociedade mais ampla. Essa questão é particularmente importante se for considerado que um dos sustentáculos do prestígio e do poder usufruído pela profissão médica provem exatamente do papel de controle social em geral e da força de trabalho industrial em particular desempenho pelo médico.

É importante reconhecer, no entanto, que estamos tratando de representações e que existe uma certa distância entre estas e as ações práticas realmente desempenhadas e vividas. Isso significa, em outras palavras, que nem sempre o que os indivíduos dizem correspondem ao que eles fazem na realidade. Não é difícil, por exemplo, um médico admitir ao nível teórico desempenhar suas funções sob o comando de uma enfermeira. Resta saber até que ponto esta possibilidade é factível na prática. Até o momento não se tem notícia de que isso tenha ocorrido ou venha a ocorrer em Campinas. No entanto, é inegável que essas representações e atitudes influenciam de algum modo a prática.

É necessário focalizar, nesta altura, o centro de difusão dessas novas idéias que correspondem a aspectos significativos da formação de um novo paradigma científico⁵. É evidente que essas novas idéias encontram-se ramificadas em vários setores da sociedade brasileira como, por exemplo, ministérios e secretarias de governo, e várias Universidades e Institutos de Ensino e Pesquisa. Em Campinas, no entanto, é importante mencionar a UNIAMP, através do Departamento de medicina Preventiva e Social como um fator importante na difusão do que se pode chamar uma mentalidade ou ideal preventivista. Neste ideal, o problema da saúde e da doença é visto principalmente nas condições sócio-econômicas e culturais do paciente. Este, por sua vez, é percebido não como um agente isolado, mas como membro de uma comunidade que, com ele, partilha experiências sociais comuns.

Desse modo, a grande maioria dos casos de doença que requerem o consumo de serviços de saúde não necessitam de tratamento especializado dentro da concepção hegemônica

⁵ O termo paradigma científico é tomado de acordo com a definição de Kuhn (1975), ou seja, um mapa que governa a percepção do cientista de tal modo que permite dimensionar apenas os objetivos compatíveis com ele. Desse modo, a ciência normal pode apenas estender o seu paradigma dominante a novas áreas da realidade, ao invés de produzir novos conhecimentos objetivos. O paradigma dominante de um campo científico é profundamente influenciado, não só pelo seu desenvolvimento interno, mas pelas influências externas provenientes da sociedade mais ampla em que se insere.

tradicional que percebe a doença como resultado de uma única causa ou uma agressão a uma única parte do organismo humano. Acredita-se, pelo contrário, que a doença seja o resultado de problemas multicausais a afetar a integração equilibrada do organismo humano como um todo com o seu meio ambiente físico e social. Nesta concepção, ao invés do especialista numa determinada estrutura biológica do organismo humano, é preciso considerar uma equipe multidisciplinar própria de uma medicina compreensiva que exige uma ordem tecnológica concentrada muito mais na formação de recursos humanos para tratar o paciente em seu meio social do que em equipamentos sofisticados para tratar de um único órgão.

Esta influência na geração de uma atitude preventivista entre os médicos da rede básica de serviços de saúde de Campinas ocorre não só pelo número de médicos egressos daquela universidade que a rede básica emprega (cerca de 40% na ocasião da pesquisa), mas também pelos vários cursos a nível de especialização e pós-graduação, pelos seminários e congressos que, de modo mais ou menos direto, influenciam inevitavelmente a prática médica desse serviço. Além disso, há que se destacar também o fato dos dois últimos secretários municipais de saúde do município terem sido oriundos do departamento de medicina preventiva desta Universidade.

No entanto, a realidade do complexo médico previdenciário brasileiro aponta um quadro completamente diferente em que predomina a medicina especializada, dentro de um paradigma “naturalista” e “biologicista”, baseada no hospital. Neste paradigma, o indivíduo e não a sociedade é tomado como o limite último do ato médico, canalizado a maior parte (cerca de 80%) de todos os recursos dispensados em saúde. Não é surpresa constatar que, para uma proporção considerável dos médicos da rede pública, esta situação é desequilibrada. No entanto, o conflito mais visível e imediato destes médicos ocorre com relação a uma ampla parcela da população que, sugestionada pela propaganda e pelas promessas de curas milagrosas, reivindica justamente uma medicina baseada em hospital e abundância de medicamentos químicos e equipamentos de alta tecnologia. Com relação a este problema, a maioria dos médicos da rede básica de serviços de saúde adota uma atitude didática para a clientela, embora reconheçam que, na prática, ela é insuficiente, ou mesmo inoperante, pela falta de tempo e de recursos humanos.

Quanto aos coordenadores, o ponto central levantando por elas refere-se ao fato de que uma área de dificuldade da implementação do processo de municipalização do serviço ocorre por estar sendo realizado sem a sua participação. É considerado um paradoxo o fato

de que um processo de descentralização como o que se tenta empreender com os serviços públicos de saúde seja realizado de um modo tão centralizado. Ao não se sentirem participantes deste processo, agentes privilegiados que poderiam garantir o seu sucesso, como são os médicos e os coordenadores do serviço, observam com alguma perplexidade ao desperdício de energia e de recursos na realização de um plano que para ser bem sucedido deveria começar por captar o seu interesse apoio.

6. BIBLIOGRAFIA

Gluckman, M. Custom and conflict in Africa. Basil Blackwell, Oxford, 1973.

Khun, T. S. A Estrutura das Revoluções Científicas. Perspectiva, São Paulo, 1975.

Queiroz, M. S., Campos, G. W. Merhy, E. E. "Unidades Básicas de Serviços de Saúde em Campinas: disponibilidade tecnológica, processo de trabalho e recursos humanos". Relatório de Pesquisa. Convênio UNICAMP (NEPP) – FINEP. Campinas, 1990.

Turner, V. W. O Processo Ritual, Vozes, Rio de Janeiro, 1974.

Cópias adicionais com o editor

UNICAMP

NEPP – REITORIA

Caixa Postal nº. 6166

CEP: 13081-970 - Campinas - São Paulo

NÚMEROS ANTERIORES DOS CADERNOS DE PESQUISA DO NEPP

HENRIQUE, W. e DRAIBE, S. M. Caderno de Pesquisa nº 01, POLÍTICAS PÚBLICAS E GESTÃO DA CRISE: UM BALANÇO DA LITERATURA INTERNACIONAL – 1987

CANESQUI, A. M. e QUEIROZ, M. S. Caderno de Pesquisa nº. 02, CAMPINAS: POPULAÇÃO, SITUAÇÃO DE SAÚDE E ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO MÉDICO – 1987.

CASTRO, M. H. G. Caderno de Pesquisa nº. 03, GOVERNO LOCAL, PROCESSO E EQUIPAMENTOS SOCIAIS: UM BALANÇO BIBLIOGRÁFICO – 1988.

SALM, C. L. DEDECA, C. S., TUMA, F. M. e COUTINHO, M. Caderno de Pesquisa nº. 04, FINANCIAMENTO DAS POLÍTICAS SOCIAIS – 1988.

VIANA, A. L. Caderno de Pesquisa nº. 05, AOBORDAGENS METODOLÓGICAS EM POLÍTICAS PÚBLICAS – 1988.

MERHY, E. L., CAMPOS, G. W. S. e QUEIROZ, M. S. Caderno de Pesquisa nº. 06, PROCESSO DE TRABALHO E TECNOLOGIA NA REDE BÁSICA DE SERVIÇOS DE SAÚDE; ALGUNS ASPECTOS TEÓRICOS E HISTÓRICOS – 1989.

QUEIROZ, M. S. e CANESQUI, A. M. Caderno de Pesquisa nº. 07, FAMÍLIAS TRABALHADORAS E REPRESENTAÇÃO SOBRE SAÚDE, DOENÇA E ASPECTOS INSTITUCIONAIS DA MEDICINA “OFICIAL” e “POPULAR” – 1989.

DRAIBE, S. M. Caderno de Pesquisa nº. 08, WELFARE STATE NO BRASIL: CARACTERÍSTICAS E PERSPECTIVAS – 1988.

FIGUEIREDO, A. M. C. Caderno de Pesquisa nº. 09, JUSTIÇA E IGUALDEDADE – 1989.

DRAIBE, S. M. Caderno de Pesquisa nº. 10, HÁ TENDÊNCIAS E TENDÊNCIAS: COM QUE ESTADO DE BEM-ESTAR SOCIAL HAVEREMOS DE CONVIVER NESTE FIM DE SÉCULO? – 1989

FARIA, V. E. e CASTRO, M. H. G. Caderno de Pesquisa nº. 11, POLÍTICA SOCIAL E CONSOLIDAÇÃO DEMOCRÁTICA NO BRASIL – 1989.

CASTRO, M. H. G. Caderno de Pesquisa nº. 12, AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS E PROGRAMAS SOCIAIS: NOTAS DE PESQUISA – 1989.

LEAL, S. M. R. Caderno de Pesquisa nº. 13, A OUTRA FACE DA CRISE DO ESTADO DO BEM-ESTAR SOCIAL; NEO-LEBERALISMO E OS NOVOS MOVIMENTOS DA SOCIEDADE DE TRABALHO – 1990.

CASTRO, M. H. G. Caderno de Pesquisa nº. 14, INTERESSES, ORGANIZAÇÕES E POLÍTICAS SOCIAIS – 1990.

CASTRO, M. H. G. Caderno de Pesquisa nº. 15, A POLÍTICA DE ATENÇÃO AO MENOR NO ESTADO DE SÃO PAULO: TENDÊNCIAS E PERSPECTIVAS.

PEREZ, J. R. R. caderno de Pesquisa nº. 16, SÃO PAULO: A EDUCAÇÃO NOS ANOS 80, DIAGNÓSTICO PRELIMINAR (série São Paulo) – 1990.

NORONHA, E. G. e SILVA, M. F. C. B. Caderno de Pesquisa nº. 17, A POPULAÇÃO INFANTO-JUVENIL CARENTE DO ESTADO DE SÃO PAULO (série São Paulo) – 1990.

ARRETCHE, M. T. S. e CARVALHO, S. N. Caderno de Pesquisa nº 18, SÃO PAULO: A POLÍTICA HABITACIONAL NOS ANOS 80 (série São Paulo) – 1990.

QUEIROZ, M. S. e CHIARINI, A. M. Caderno de Pesquisa nº. 19, “FARMACÊUTICOS, MÉDICOS E PESSOAL DE ENFERMAGEM: UM ENFOQUE ANTROPOLÓGICO SOBRE O CAMPO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS EM PAULÍNIA, SÃO PAULO” – 1990.

VIANA, A. L. Caderno de Pesquisa nº. 20, “TENDÊNCIAS E PERSPECTIVAS DA POLÍTICA DE SAÚDE EM SÃO PAULO” – 1990.

QUEIROZ, M. S. e CHIARINI, A. M. Caderno de Pesquisa nº. 21, “PENSAR E AGIR SOBRE SAÚDE, DOENÇA E CURA EM PAULÍNEA “ – 1991.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

nepp

NÚCLEO DE ESTUDOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Cidade Universitária "Zeferino Vaz"
Av. Albert Einstein, 1300
Campinas - SP - Brasil
13081-970
TEL: (019) 289-3143 788-8156 289-3901 788-7663
FAX: (019) 289-4519
Email: nucleo@nepp.unicamp.br