

## **1. INTRODUÇÃO**

Atualmente, por todos os lados para onde olhamos, parece haver um sentimento de crise. Quer na saúde, quer na saúde pública ou coletiva, quer na Medicina, esse tema tem sido citado, discutido e debatido, sendo o primeiro sinal de que realmente vivenciamos um momento de crise. Momentos de crise nos remetem à possibilidade de estarmos a meio caminho de mudanças paradigmáticas. Poderíamos citar vários autores que vêm discutindo sob vários aspectos a “crise” da civilização moderna e da saúde e de mudanças de paradigmas. Entre eles, cito Plastino (2000), que fala da crise da modernidade:

Convém, entretanto, salientar que o paradigma fundacional da modernidade atravessa uma profunda crise e que essa crise paradigmática constitui um dos aspectos centrais da crise de civilização que estamos vivendo. [...] A modernidade demonstrou-se incapaz de cumprir suas promessas e, ao que tudo indica, na trilha atual, ela será cada vez mais incapaz de fazê-lo. Apesar do fantástico progresso científico que a tornou possível, ela não conseguiu tornar realidade os valores de igualdade, fraternidade, liberdade, de democracia e vigência dos direitos humanos que levantou como bandeira (PLASTINO, 2000).

Paim, citando Khun, e sua obra *A estrutura das revoluções científicas* (1975), escreve: “[...] em determinados momentos de crise poderiam ocorrer rupturas em relação aos pressupostos, conceitos e valores aceitos por uma comunidade científica, favorecendo a emergência de teorias científicas e o desenvolvimento para uma dada disciplina ou campo interdisciplinar” (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000).

O paradigma ainda dominante no campo da saúde é fundamentado em um conjunto de pressupostos trazidos pelo positivismo. Esse sistema criado por Auguste Comte considera que a realidade é que determina o conhecimento, sendo

possível uma abordagem imediata do mundo das coisas e dos homens. Na saúde, ainda predomina “uma versão ingênua do positivismo”, principalmente na clínica médica.

Perante os processos de saúde-doença-cuidado, por exemplo, a metáfora do corpo como mecanismo (e de seus órgãos como peças) tem sido efetivamente muito influente na constituição das chamadas ciências básicas da saúde (CASTIEL *apud* PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000).

Então, o campo científico da saúde passa hoje por uma crise paradigmática.

Um dos signos da crise paradigmática seria, por exemplo, o paradoxo da planificação da saúde: onde há planificação nem sempre se produzem mudanças importantes, enquanto que proliferam exemplos de intensas transformações onde não se planifica (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000).

Várias teorias têm sido elaboradas e podem ser agrupadas sob o rótulo de novo paradigma que teria, como eixo principal e unificador de todas as contribuições para a criação de outro paradigma alternativo, a Teoria da Complexidade.

Trata-se de uma aplicação generalizada da premissa de que a pesquisa científica, ao contrário da abordagem positivista convencional, deve respeitar a complexidade inerente aos processos concretos da natureza, da sociedade, da história. [...] A característica mais definidora do chamado “novo paradigma” talvez seja a noção da não linearidade no sentido da rejeição do causalismo simples também presente na abordagem tradicional da ciência; esta perspectiva abre-se à consideração de paradoxos intoleráveis na epistemologia convencional como, por exemplo, a ordem a partir do caos (ATLAN, 1992). Além disso, um problema teórico fundamental das diversas perspectivas paradigmáticas alternativas consiste na possibilidade de pensar que a realidade concreta se estrutura de modo descontínuo. Trata-se de uma outra maneira de lidar com a questão da determinação em geral, abrindo-se à possibilidade da “emergência”, ou seja, o engendramento do “radicalmente novo” (CASTORIADIS, 1978), algo que não estaria contido na síntese dos determinantes em potencial (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000).

É com essa visão de crise paradigmática e da teoria da complexidade que queremos entender a crise da saúde pública com seus modelos, métodos,

abordagens, objetivos e com a assistência médica propriamente dita e apontar para uma nova saúde pública com novos conceitos e novos paradigmas.

Tarride (1998) descreve a crise da saúde pública como multifatorial com determinantes que vão desde problemas de ordem conceitual até questões econômicas e sociais.

A crise da saúde pública mostra-se vinculada a mudanças nas formas de viver e abordar os problemas, que é experimentada tanto nos países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento. Considerando-se a assincronia entre saúde pública e outros âmbitos do trabalho social, é possível falar de crise quando se observa um desajuste entre discurso e prática. As causas podem ser múltiplas e sua associação direta a sintomas específicos, perigosa: o que é causa pode ser também efeito e vice-versa (TARRIDE, 1998).

A crise da saúde pública pode ser entendida como um emaranhado de aspectos históricos, econômicos, sociais, políticos e morais, que, às vezes, são causas e ou conseqüências e que se potencializam mutuamente (ANEXO 1).

Do ponto de vista conceitual, a saúde ou o conceito de saúde pode ser abordado a partir de duas perspectivas diferentes: uma é a visão científica e natural, mecanicista, na qual o foco da interpretação médica é o da doença entendida como mal funcionamento de um dos subsistemas que compõem o ser humano, e a saúde é tida como um conceito residual, relativo à ausência de doenças; a outra é a moderna perspectiva holística da promoção à saúde, em que ela passa a ser “considerada expressão do grau em que o indivíduo é capaz de alcançar um equilíbrio existencial dinâmico, onde as perturbações podem ser interpretadas de

ângulos diferentes possibilitando visões tais como a mecanicista, hermenêutica e social” (TARRIDE, 1998).

Além disso, vivemos hoje em um contexto de déficit de ideais transcendentais, de exacerbação do individualismo, de desregulamentação, de exclusão social e intolerância crescentes – principais características das sociedades contemporâneas – e que se traduzem no setor saúde no Brasil, não só como deterioração da qualidade dos serviços e aumento da desigualdade no acesso a eles, mas como crescente banalização da dor e do sofrimento alheios (SÁ, 2001).

Por todos esses aspectos, é preciso perceber que a saúde opera e é geradora de um campo de grande complexidade, ou seja, ela é fruto das relações entre inúmeras variáveis interdependentes.

Dentre as causas/efeitos da crise da saúde pública está, certamente, a Medicina e a prática médica e a persistência de modelos centrados na produção de procedimentos voltados para a cura. No âmbito de serviços públicos de saúde, é necessário rediscutir modelos que levem em consideração o conceito de complexidade da assistência à saúde e superem a centralidade e a insuficiência do ato médico perante os atuais problemas tanto individuais como os de alcance mais coletivo.

A visão parcial do problema e das necessidades de saúde do indivíduo enquanto sujeito, a crescente especialização médica, a não responsabilização pelo “cuidado” ao paciente, a pouca visão multidisciplinar, a dificuldade de comungar o seu trabalho com outros profissionais, a solidão do consultório são características do trabalho médico, todas facilmente detectadas, discutidas e analisadas ainda no nível teórico, mas sem levar a transformações da prática cotidiana. Ao mesmo tempo, o médico é o profissional com maior gradiente de autonomia no seu processo de trabalho, criando formatos de intervenções clínicas ou de relação com o paciente, dotando-o, portanto, de uma grande capacidade de autogestão de seu trabalho. Autonomia entendida aqui como uma característica inerente da profissão médica, que se faz presente em qualquer modalidade de organização, sendo, portanto, elemento fundamental para determinar mudanças em modelos de assistência.

A reflexão a que me proponho fazer neste trabalho tem como ponto de partida um paradoxo em relação ao trabalho e ao profissional médico, assim expresso por Merhy (1998):

O trabalho médico pode ser entendido como um paradoxo: tanto como dispositivo estratégico para implantar um modelo de atenção à saúde descompromissado com o usuário, quanto uma ferramenta a desarmá-lo e produzir um novo modo de agir em saúde.

“O médico é um problema.” “É muito difícil discutir com o médico e fazê-lo cumprir protocolos e programações.” “Não se pode mexer com os médicos”. Essas são falas muito freqüentes entre gestores e gerentes da Rede Municipal de Saúde de

Belo Horizonte, da qual faço parte. Então, o médico é um problema para a gestão.

Mas que problema é esse? O que é problema?

Quando se fala que algo se tornou problema é preciso antes perguntar o que ali se diz. Problema é uma situação que é percebida com portadora de uma dificuldade, isto é, de um obstáculo. Obstáculo enquanto ultrapassável. O que de uma forma ou de outra não pode ser ultrapassado não é mais problema, mas uma paisagem, vai se comportar como um cenário (CORDEIRO, 1999).

Esse mesmo autor diz que a percepção de um obstáculo leva ao aparecimento de um mal-estar. Declarar um problema é nomear o mal-estar. Mas, na declaração, o problema ainda não foi explicitado, ou seja, falta ainda a explicação do obstáculo e a indicação de uma possível solução. Tomar a declaração do mal-estar como problema é labutar num pseudoproblema, e um pseudoproblema não é solucionável. Então, é preciso descrever o problema. “Um problema só se torna devidamente determinado se comparecem declaração e descrição do fenômeno ‘em pessoa’” (CORDEIRO, 1999).

O que me propus a fazer neste trabalho foi aprofundar na compreensão desse problema, suas implicações e apontar possíveis soluções. A análise a ser feita parte da importância do trabalho médico tanto do ponto de vista histórico-cultural como da sua legitimidade técnica na solução de problemas de saúde e na inserção desse profissional em serviços públicos de assistência à saúde.

Para descrever o problema, é necessário então caracterizar esse médico, valendo-se dos condicionantes que o moldam como ator social, portanto, como

sujeito. Assim, é necessário rever conceitualmente as correntes de pensamento ou filosóficas que formatam a Medicina como ela é hoje, descrever os paradigmas da clínica, a formação acadêmica, o mercado como determinador de demandas de consumo e de produção, e o corporativismo como força importante na determinação de políticas sociais, principalmente as de assistência à saúde. Com base na descrição dessa “cartografia” que caracteriza o médico, pode-se refletir sobre o seu papel em serviços públicos de saúde, as relações que ele estabelece com a instituição e com os outros profissionais da equipe na qual trabalha. Isso foi feito baseando-se na pesquisa realizada em unidades básicas da Rede Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Adoto, portanto, uma linha de trabalho que parte do estudo de sujeitos sociais que avaliam e questionam sistemas e serviços de saúde, por uma perspectiva “micro”, ou seja, pelas relações interpessoais entre trabalhador/trabalhador e trabalhador/usuário, que caracterizam o processo de trabalho cotidiano de equipes de saúde. É importante apontar que essas são relações de intersubjetividade, de um sujeito (trabalhador de saúde/médico) e outro sujeito (usuário/enfermo) cada um com sua história e humanidade.

Nessa linha reflexiva, o conceito de processo de trabalho é fundamental para o desenvolvimento desse trabalho e parte importante da descrição do problema. É no desenrolar dos processos de trabalho no cotidiano que se concretizam as intenções, os compromissos éticos e políticos de quem governa e os modelos de

assistência traduzidos na relação que se estabelece entre o trabalhador e o usuário. E, valendo-se da reflexão desenvolvida por Mendes Gonçalves (1994) e Merhy (1997, 1998, 1999 e 2002) em vários de seus trabalhos, é que se deve caracterizar como singular o trabalho em saúde. Podemos apontar como particularidades do trabalho em saúde:

1. O produto da ação em saúde é consumido no ato, isto é, o ato, o procedimento ao ser executado é ao mesmo tempo consumido ou incorporado pelo usuário/consumidor.
2. Normalmente o usuário não tem escolha sobre o procedimento a ser executado.
3. O operador do ato em saúde é ou será em algum momento um consumidor/usuário.
4. Por mais que se desenvolvam máquinas e tecnologias, o trabalho em saúde é eminentemente dependente do trabalho humano e da relação que se estabelece entre o trabalhador e o usuário.

A escolha deste tema partiu de vivência e experiências adquiridas através da minha vida profissional, na qual exerci funções diferentes na Rede Pública de Saúde de Belo Horizonte. Ao longo desses anos, trabalhei como médica-pediatra em uma unidade básica de saúde, ocupei cargos gerenciais de níveis hierárquicos diferentes, desde gerente de unidade básica até direção de um Distrito Sanitário e também chefia de um serviço em nível central, voltando a atender na rede básica por quase dois anos. Nessa perspectiva, sou sujeito integrante da pesquisa, ou

seja, não há como separar o sujeito pesquisador do objeto investigado e ou dos resultados obtidos.

Posso dizer, portanto, que vi e vejo o sistema de saúde com enfoques e lógicas diferentes, em circunstâncias diferentes, desde o lugar do trabalhador de uma equipe de saúde na relação direta com o usuário, subordinado a normas institucionais, até o posto de “gestor”, responsável pela elaboração e implantação de políticas governamentais.

Durante todo esse tempo, lidei de formas diversas com processos de mudanças, com a discussão e elaboração de projetos que representavam o compromisso ético-político do governo. Apesar do consenso construído em torno desses projetos considerados por todos inovadores e progressistas, os resultados realmente alcançados, principalmente em relação à atenção ao usuário, finalidade última de todos eles, foram pequenos quando comparados ao inicialmente pretendido. Podemos apontar também, como determinantes desse resultado apenas razoável, questões externas aos serviços de saúde. Citam-se, por exemplo, as de ordem política, como a inegável contradição entre os princípios da reforma sanitária e o avanço do projeto neoliberal, além da visível insuficiência de conhecimento acumulado sobre gestão em saúde para dar conta das contradições e das múltiplas dimensões da atual situação dos serviços de saúde no Brasil (SÁ, 2001).

Mas o que sempre me instigou e me forçou a questionar e a analisar foi o que, dentro da dificuldade de levar adiante processos de mudanças, se devia ao trabalho e suas relações implícitas entre os profissionais na rotina de um serviço, ou seja, as barreiras, os empecilhos e as resistências presentes ou decorrentes do processo de trabalho e, dentro deste, o trabalho médico, por causa da sua importância na organização de qualquer serviço de saúde, focalizando a investigação nos espaços “micro” do trabalho e dos processos produtivos.

Pires em seu trabalho “Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil”, comenta:

Atualmente, o trabalho em saúde é majoritariamente um trabalho institucionalizado.[...] O ato assistencial resulta de um trabalho coletivo realizado por diversos profissionais de saúde.[...] O médico é o elemento central do processo assistencial. Decide sobre o diagnóstico, os exames complementares, sobre a terapêutica e sobre o uso ou não de vários dos equipamentos de tecnologia de ponta.[...] Delega parte de seu trabalho assistencial a outros profissionais de saúde. Apesar disso, dependem do trabalho médico para que seu trabalho se realize.[...] A assistência é fragmentada, resultante de um trabalho paralelo e compartimentalizado, ao mesmo tempo que mantém algumas características do trabalho do tipo artesanal (PIRES *apud* MEHRY, 2002).

Nas várias discussões com equipes de saúde das quais participei sobre processo de trabalho, e depois na minha reaproximação com a clínica e com o trabalho em uma unidade básica, pude constatar a centralidade, tanto de resistência quanto de capacidade de resposta do profissional médico às questões levantadas pelo processo de mudança de modelos de assistência.

Nas propostas contidas no bojo da Reforma Sanitária, concentrou-se todo o esforço em desenhar e planejar mudanças macroestruturais, que, embora necessárias, não foram suficientes para levar adiante os ideais tão bem definidos em todos eles. Segundo Campos e Belisário (2001), faltaram descrições ou proposições de modelos que pudessem conjugar o planejamento macro ao micro. Faltaram e faltam ainda estratégias de intervenção no espaço “micro” das relações de trabalho, lugar onde se operam as grandes transformações que qualificam a assistência à saúde.

O último e atual esforço do governo brasileiro para se realizar mudanças macroestruturais, mas que apontassem também para mudanças nos processos de trabalho dos serviços de saúde, foi a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF). Criado em 1994 como uma proposta do Ministério da Saúde de continuação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, iniciado no Nordeste brasileiro e considerado de impacto com bons resultados, por meio de ações simples e de baixo custo (CAMPOS; BELISÁRIO, 2001).

De acordo com o MS, o PSF nasce com o propósito de superação de um modelo de assistência responsável pela ineficiência do setor, insatisfação da população, desqualificação profissional e iniquidades. O mesmo documento avalia que a assistência à saúde tal como é praticada hoje é marcada pelo serviço de natureza hospitalar, focalizados nos atendimentos médicos e tem uma visão biologicista do processo saúde-doença voltando-se prioritariamente para ações curativas (FRANCO; MERHY, 1999).

O PSF teria como pressupostos para a organização dos serviços: o caráter substitutivo, ou seja, a substituição dos atuais serviços de atenção básica por essa

nova modalidade de organização; a integralidade e hierarquização; a territorialização e adscrição de clientela; uma equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. O formato de assistência proposto pelo PSF tem como eixo central o espaço territorial que delimita geograficamente as ações de uma equipe de saúde que se apóia fortemente nos conhecimentos e instrumentos da epidemiologia e da vigilância à saúde. As práticas clínicas, sejam as individuais, sejam as com abordagem familiar, têm recorte menos preciso e peso menor na sua formulação. Pela NOB-96, o PSF ganha novo *status*, passando de uma estratégia de organização de serviços para uma proposta de mudança de modelo assistencial, atrelada a novas fontes diferenciadas de financiamento da rede básica. Essa decisão tanto pode ter facilitado a implantação do PSF como pode ter transformado o programa em apenas uma estratégia de captação de recursos para a gestão municipal (CAMPOS; BELISÁRIO, 2001).

Hoje, o PSF tem sido uma das grandes prioridades dos governos federal, estadual e municipal para a efetivação de sua total implantação, alcançando altos índices de cobertura populacional. É o caso do município de Belo Horizonte, que tem hoje a meta de assistir a 75% de sua população por equipes de PSF praticamente atingida. Nos últimos dois anos, esse programa tem sido mote das principais discussões e do planejamento da SMSA-BH e tem sido tratado como “a” estratégia de reorganização da atenção básica, além de novo modelo assistencial

e motivo de mudanças no processo de trabalho de todos os profissionais da rede (BELO HORIZONTE, 2003).

Mas a intenção deste trabalho não é fazer uma avaliação do PSF em Belo Horizonte. Pela importância que tem tido esse programa na rede básica, as questões do PSF aparecem com muita frequência na fala dos gerentes e dos médicos entrevistados e, por isso, foi necessário descrever sumariamente o básico do programa.

A pretensão deste trabalho é ultrapassar a discussão sobre qual o modelo mais adequado para os serviços públicos ou para a assistência à saúde no Brasil. A intenção é aprofundar a discussão sobre os conceitos que orientam ou podem orientar o modelo assistencial, seja ele qual for, e que esses modelos sejam operados por sujeitos, com suas histórias, seus condicionantes. É nessa posição que o médico se coloca. E, por ser médico, esse sujeito ganha força pela sua (ainda) importância nos serviços de saúde. Se os médicos e sua prática são causa e também consequência de uma crise da saúde pública, eles podem ser também a solução (ou uma das) para se achar saídas para essa crise. Mas desde que eles tenham na sua bagagem de ferramentas novos conceitos e novas tecnologias.

O objetivo desta dissertação é descrever o problema: o médico e seu processo de trabalho ou seu modo de produção em serviços públicos de saúde e suas possíveis soluções. Nesse sentido, o texto se desenvolve da seguinte maneira:

- O capítulo 2 é a descrição da metodologia de pesquisa, que, nesse caso, se impôs a metodologia qualitativa. São apontados também os autores responsáveis pela base conceitual do trabalho;
- O capítulo 3 é uma descrição dos condicionantes do “sujeito médico” como um arquétipo. E é esse arquétipo médico que se encontra nos consultórios dos serviços de saúde da rede pública de Belo Horizonte;
- No capítulo 4, faz-se uma descrição e discussão de seu processo de trabalho, tendo como base ou exemplo as entrevistas realizadas com os gerentes e os médicos em alguns serviços de saúde da SMSA-BH;
- Já no capítulo 5, são apontadas algumas possibilidades de mudanças mediante a introdução, na prática cotidiana, de novos conceitos: o conceito de cuidado e a clínica ampliada ou a clínica do sujeito. Ambos os conceitos colocam o outro – o usuário – como um outro sujeito dono de sua história e de singularidades a quem se quer dar e preservar a autonomia.

## **2. METODOLOGIA**

Podemos considerar o caráter do objeto a ser investigado, ou seja, a prática cotidiana dos profissionais médicos e sua inserção nos modos de produção em serviços públicos de saúde, como eventos sociais. Por isso, é quase impositiva a opção pela metodologia qualitativa. Não há como contar, somar eventos sociais, por causa da sua singularidade determinada pela sua história. Assim, cada evento é único; daí a dificuldade de se abordar quantitativamente as Ciências Sociais.

Em segundo lugar, certos aspectos dos fenômenos naturais que são sistematicamente subtraídos na investigação: os que representam o acaso e não a regularidade, os que “poluem” a verdadeira essência dos fenômenos – assumem no caso dos fenômenos sociais históricos o caráter de pólo essencial da explicação –, e não podem, a não ser muito parcialmente, ser quantificados. Dentre esses assumem importância nuclear a vontade humana, a subjetividade, a ação transformadora em fluxo (MENDES GONÇALVES, 1994).

A metodologia deste trabalho foi estabelecida, também, com base em algumas considerações teóricas sobre pesquisa qualitativa em saúde. Segundo Minayo (2000),

não se pode desconhecer que qualquer produção científica na área das ciências sociais é uma criação e carrega a marca do seu autor. Portanto, a objetivação, isto é, o processo de construção que reconhece a complexidade do objeto das ciências sociais, seus parâmetros e sua especificidade são o critério mais importante de cientificidade. É preciso aceitar que o sujeito das ciências sociais não é neutro ou se elimina o sujeito no processo de conhecimento.

Portanto, o sujeito que investiga não é neutro em relação ao objeto investigado, nem ao resultado encontrado no processo de investigação. Assim, a escolha do tema, as análises a serem feitas e as conclusões estão comprometidas pela minha experiência e postura perante o objeto investigado.

Nessa forma de abordagem, não se chega a resultados que não são conhecidos *a priori*; o objeto sob investigação já é de certa forma conhecido e o que se quer é ter o conhecimento mais íntimo do já demonstrado pela prática e pela vivência, e suas relações entre os diversos aspectos da realidade.

Outra afirmação que é balizadora da pesquisa qualitativa é que a realidade ou a sua totalidade é sempre inatingível. "Lucacks nos adverte que nossos conhecimentos são apenas aproximações da realidade e por isso mesmo são sempre relativos" (LUCACKS *apud* MINAYO, 2000). Assim, o processo investigativo não pode pretender esgotar todo o conhecimento sobre a realidade investigada, mas sim abrir possibilidades de novos caminhos de aproximação dessa realidade, por meio de novos questionamentos provocados por um novo olhar constituído, valendo-se dessa aproximação e dos conhecimentos adquiridos.

Segundo Sílvio Cordeiro, em comunicação pessoal com esta autora, a aproximação da realidade se dá mediante o trabalho de clareamento de conceitos e de conhecimento que é da ordem do rigor e não da exatidão. A exatidão implica "resto zero", ou seja, o esgotamento do conceito e da realidade. Rigor é lutar contra a confusão e o abstrato tomado como suficiente para lidar com a realidade. A abstração é necessária, mas não suficiente, porque sem ela não recortaríamos a realidade para podermos vê-la. Não podemos ver o infinito; temos que fatiá-lo em áreas ou campos e isso é feito pela abstração.

Tal raciocínio também pode ser feito em relação ao que é singular e o que é geral ou generalização: o singular por si só não permite a aproximação científica, mas o singular aponta possibilidades de generalização, ou seja, o singular é o meio para se chegar ao geral (MENDES GONÇALVES, 1994).

Portanto, não se pode utilizar o termo amostragem neste estudo no mesmo sentido que é utilizado probabilisticamente. Rigorosamente, bastaria realizar a investigação em uma única instituição para obter as evidências necessárias à construção do objeto, sua realização em várias instituições apenas funciona como mecanismo potencializador da razão permitindo uma mais segura e fácil evidênciação do essencial (MENDES GONÇALVES, 1994).

A aproximação ao meu objeto de investigação se deu por intermédio da análise do singular, feita com base nas entrevistas com médicos e seus respectivos gerentes de Unidades Básicas de Saúde da Rede Pública de Saúde de Belo Horizonte.

A fala (através da entrevista) pode ser reveladora de condições estruturais do sistema de valores, normas e símbolos e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sociais, econômicas e culturais específicas (MINAYO, 2000).

A opção por entrevistar também o gerente foi feita por ser ele o representante da instituição na unidade de saúde e, portanto, poder demonstrar com mais clareza a relação do médico com a instituição e com a equipe, e, ao mesmo tempo, descrever, se for o caso, estratégias de gerenciamento, e, portanto, de controle do trabalho médico. A escolha de se fazer entrevistas com médicos de unidades básicas baseou-se no reconhecimento de que é nesse nível de assistência que se concentram todos os esforços de formulação sobre modelos de assistência e onde

existem hoje os mais evidentes movimentos de mudanças na organização da assistência à saúde no País e especialmente em Belo Horizonte.

As principais informações levantadas com base nas entrevistas com os médicos foram aquelas que pudessem construir um quadro demonstrativo de sua inserção no serviço e na sua equipe, bem como as que mostrassem a sua consciência em relação ao alcance e aos limites do seu trabalho, mediante a explicitação da relação que eles estabelecem entre as políticas de saúde da instituição e sua prática cotidiana na unidade de saúde.

Foram feitas quatro duplas de entrevistas não estruturadas ou abertas, guiadas por um roteiro previamente elaborado, com os médicos e seus respectivos gerentes. As entrevistas foram feitas em separado em quatro unidades básicas de saúde no Distrito Sanitário Oeste. Os médicos entrevistados foram sorteados na presença do gerente da unidade, obedecendo a apenas dois critérios: ter mais de um ano no serviço e ser do quadro permanente da Prefeitura de Belo Horizonte. Esses critérios se justificam por caracterizar um profissional que já conhece razoavelmente a operacionalização do sistema de saúde e por ser estável do ponto de vista de vínculo empregatício, devendo permanecer mais tempo no serviço.

Foi utilizada também a metodologia da observação participante nesses serviços com o objetivo de acompanhar a rotina de trabalho dos médicos entrevistados. A

incorporação dessa metodologia permitiu confrontar a prática com o discurso do médico no seu local de trabalho, além de facilitar o entendimento da rotina e organização de uma unidade de saúde e de como se dá a inserção do trabalho médico nessa rotina. A observação participante foi feita em parte na sala de espera ou na recepção onde os pacientes aguardam a consulta, e em parte dentro do consultório, dependendo da aceitação do médico para que isso pudesse ser feito. O entrevistado número 2 não permitiu o acompanhamento da consulta dentro do consultório. A entrevista e a observação foram acordadas previamente com cada um deles.

O perfil profissional dos entrevistados foi bem diversificado. Em relação aos gerentes, todos tinham mais de cinco anos de gerência de unidade básica. A formação profissional de base ficou distribuída da seguinte maneira: um enfermeiro, um psicólogo, um assistente social, um odontólogo. Os entrevistados número 1 e 3 tinham também formação em saúde pública e em gerência de serviços de saúde. O entrevistado 3 possuía mestrado em Administração Pública e o 4, experiência em serviços de epidemiologia.

A distribuição dos médicos entrevistados, segundo formação e atuação na equipe de PSF, é apresentada no QUADRO 1:

## QUADRO 1

### Formação e atuação de médicos nas equipes de PSF

| Médicos        | Formação de base | PSF |     | Generalista |     |
|----------------|------------------|-----|-----|-------------|-----|
|                |                  | Sim | Não | Sim         | Não |
| Entrevistado 1 | Ginecologia      |     | X   |             | X   |
| Entrevistado 2 | Clínica Geral    | X   |     |             | X   |
| Entrevistado 3 | Clínica Geral    | X   |     | X           |     |
| Entrevistado 4 | Pediatria        | X   |     |             | X   |

Os médicos descritos no QUADRO 1, que trabalham em equipes de PSF, mas que não atuam como generalistas, fazem o papel de médico de “apoio” para a equipe, de acordo com o formato de organização de equipes de PSF adotado pela SMSA. Dentro desse formato, ainda é possível a inserção do médico na unidade de saúde sem estar vinculado a nenhuma equipe, como é o caso do entrevistado 1<sup>1</sup>. Essa forma de trabalhar se dá de acordo com a escolha do profissional. O entrevistado número 1 já ocupou cargos em outros níveis da administração, como gerência de unidade básica e coordenação de programas no nível central da SMSA. O entrevistado número 3 completou o Curso de Especialização em Saúde da Família, realizado na Faculdade de Medicina da UFMG.

---

<sup>1</sup> Esse formato de organização hoje (fev./2004) é diferente, sendo considerado “apoio” todos os médicos que atuam nas clínicas básicas.

É importante registrar que todos os entrevistados me conheceram em outra situação da minha vida profissional, quando ocupei o cargo de direção do Distrito Sanitário Oeste. Esse fato pode ter ocasionado um importante viés (viés do entrevistado) nas respostas principalmente dos gerentes. Mas, ao mesmo tempo, o fato de ter ocupado a direção desse distrito me auxiliou na compreensão de como se organiza o trabalho nessas unidades de saúde.

Para completar a minha abordagem ao objeto investigado, foi necessária uma revisão bibliográfica de autores que descrevem e analisam o trabalho médico sobre diversos ângulos, procurando montar um desenho das determinações que formatam o médico e suas práticas na sociedade moderna. Foram pesquisados também autores e textos que abordam o processo de trabalho do médico em serviços de saúde. Nesse sentido, o eixo conceitual deste trabalho é dado principalmente por três autores: Mendes Gonçalves (1994), Merhy (1997, 1998, 1999 e 2002) e Campos (1998, 2000 e 2003). Para entendimento mais aprofundado do problema levantado e para a proposição de possíveis soluções, abordei, ainda que muito perifericamente a filosofia mediante os textos de Ayres (2000 e 2004), Cordeiro (1999), Boff (2002) e Machado de Melo (2000).

### **3. OS MÉDICOS E SEUS CONDICIONANTES: CONSTRUINDO O ARQUÉTIPO MÉDICO**

### **3.1 Os Médicos, a Medicina e a Clínica: um enfoque sócio-histórico**

Não é objeto deste capítulo fazer um relato detalhado da história da Medicina, mas apontar fatos ou contextos importantes para entendimento da Medicina como prática hoje. Ao pensar a Medicina do ponto de vista histórico apenas como um processo linear de acumulação de saberes cientificamente estruturados, simplifica-se o seu significado na qualidade de prática social articulada a outros saberes e também a outras práticas sociais. Por isso, é necessário fazer uma distinção entre Medicina e sua cientificidade da clínica como meio de trabalho do profissional médico. Clínica entendida aqui como um conjunto de procedimentos que compõem o ato terapêutico, ou seja, a forma como o ato médico se estrutura. Nesse ato médico, estão presentes outras dimensões da prática médica, para além do conjunto de recursos tecnológicos e materiais disponíveis, como, por exemplo, o caráter pedagógico e sua inter-relação com as ciências humanas, como a Sociologia, a Antropologia, a Política e a Filosofia.

Pode-se afirmar que a importância da prática médica e suas características foram determinadas ao longo da história pela forma como a sociedade via o corpo humano e seus valores relativos à saúde e à doença. O propósito da Medicina foi sempre o mesmo: curar e prevenir doenças. Assim, ela sempre significou um serviço e, por isso mesmo, as práticas médicas nem sempre foram coerentes com

o conhecimento científico e seus paradigmas, mas sempre tiveram como referência o seu sentido finalístico, ou seja, a cura.

Uma característica comum a todas as épocas é que os praticantes ou os curadores, para desenvolvimento de suas práticas, sempre necessitaram de legitimidade social, e essas práticas lhes conferiam posição social e poder.

Nas comunidades primitivas que abarcam o período entre 10.000 a 5.000 a.C., pode-se apontar como traços dominantes das práticas “médicas”: explicações das enfermidades voltadas para o sobrenatural, terapêuticas baseadas no empirismo e práticas mágico-religiosas, posição social do médico ligada à figura do “xamã” e do sacerdote, perfil de doenças carenciais, traumáticas e infecciosas. “A prática médica era sobretudo um ritual mágico destinado a afugentar os espíritos do corpo atacado” (IBÁÑEZ; MARSIGLIA, 2000).

Na Grécia antiga, em uma de suas várias escolas médicas, a atenção do médico estava inteiramente voltada para o poder curativo natural do corpo. A doença era considerada um desequilíbrio entre seus humores (sangue, bile amarela, bile negra e fleuma); a cura, o retorno ao equilíbrio entre esses fatores. O significado original da palavra terapia (dar assistência, cuidar de) define em parte a atitude do médico grego diante do processo de cura que consistia basicamente em ajudar as forças naturais para sempre favorecer o paciente.

De acordo com Polack (1971), “esta medicina já difere, e não só na prática, segundo a origem social do paciente”. Os escravos só poderiam receber assistência dos médicos empíricos, ou seja, dos que não tinham formação específica e eram escravos dos médicos; a terapêutica era simples, estereotipada, sem relação verbal entre o médico e o paciente. Ao contrário, os homens livres recebiam tratamento individualizado, merecendo um discurso mais bem elaborado, com instruções pedagógicas e de prevenção, caracterizando uma prática médica mais refinada. “Está claro que a sociedade ateniense refletia no corpo a estratificação social que a constituía. [...] Os ricos e os pobres não têm, portanto, exatamente o mesmo corpo, nem o mesmo destino moral e material” (POLACK, 1971).

Em Roma, no mesmo período, era proibida a prática da Medicina para os patrícios (nobres), sendo essa atividade delegada a escravos libertos ou a estrangeiros. Tal fato possibilitou e incentivou a imigração de médicos gregos. É em Roma que se constitui uma organização sanitária com sábios regulamentos, como a necessidade de canalização de pântanos, limpeza pública, água limpa, etc. É também nessa cidade que o médico deixa de lado a profissão humilde e eleva-se ao topo da escala social, e toma para si a responsabilidade da saúde pública.

Na Idade Média, as doenças grassam por toda a Europa e atingem sem distinção os senhores, os nobres, os pobres, os escravos. As epidemias e a fome levam à morte milhares de pessoas nesse período. Do ponto de vista da Medicina e da

saúde, as principais características foram: no Ocidente, a hegemonia do Cristianismo como visão de mundo influenciando na prática da Medicina e na concepção das doenças; no Oriente, a predominância da influência greco-romana nas práticas islâmicas e bizantinas, que foram responsáveis pela introdução dessa visão no mundo ocidental, mediante a criação das escolas médicas.

Em relação à assistência médica, a não ser alguns senhores muito ricos que tinham médicos a seu serviço, apenas os monges beneditinos que se dedicavam aos textos antigos sobre o tema se dispunham a prover os pobres e os estrangeiros de assistência terapêutica. Os mosteiros passam a ser local de acolhimento dos doentes e de indivíduos que desejavam refugiar-se do mundo ou tratar de enfermos. Os mosteiros se tornaram centros de estudos e de conhecimento. O nascimento do hospital é paralelo a essa vocação dos mosteiros.

A concepção da prática médica se baseava nas manifestações macrocósmicas da doença e suas relações com o clima, com as estações e os ciclos de vegetação. Ou seja, era fundamentada em analogias entre o corpo e a natureza, e as causas das doenças estavam fora do corpo. Assim, o médico dessa época “desvela os segredos do firmamento e da terra. Conhece e transmite a outros sábios os mistérios da natureza” (POLACK, 1971).

O Renascimento foi um movimento intelectual que se opôs ao modo de vida medieval e criou novas formas de pensamento que se aproximassem ao máximo da Antigüidade clássica:

Não foi mais aceito o conhecimento dogmático da Igreja, o corpo humano foi medido, dissecado, explorado e explicado como uma máquina complexa. Fundaram assim uma anatomia, uma fisiologia e uma patologia novas sob a base da observação e da experimentação (IBÁÑEZ; MARSIGLIA, 2000).

Começa, assim, a reconstrução da representação material da saúde.

A verdade do corpo humano, ponto de partida da interrogação médica e final de suas especulações, só se manifesta em si mesmo, na disposição de suas partes, no funcionamento de sua estrutura e na articulação de seus efeitos físico-químicos (POLACK, 1971).

O corpo humano foi descrito por Descartes como uma máquina, e as doenças eram devidas a imperfeições ou ao mau funcionamento dessa máquina.

Se, de um lado, os conhecimentos anatômicos e químicos vão propiciar o nascimento de um olhar clínico para o paciente, de outro, as teorias miasmáticas e o nascimento de uma Medicina social foram as respostas oferecidas pelo Estado para o controle das doenças transmissíveis.

Foucault caracteriza o nascimento da Medicina social por meio da descrição de três tipos: a Medicina de Estado, tendo como exemplo a Alemanha, que se caracteriza pelos sistemas de observação, registro e controle da morbidade e mortalidade e a normalização da prática médica; uma Medicina urbana desenvolvida na França e baseada no controle dos espaços urbanos, da

circulação, das águas, dos ares, das condições de vida; e a Medicina da força de trabalho praticada na sociedade inglesa a partir da Lei dos Pobres, quando o crescimento do proletariado exige do Estado uma Medicina de controle desse estrato social. “Esses três tipos de intervenção do Estado, com diferentes formas de realização serão a base para a organização da saúde no período contemporâneo” (IBÁÑEZ; MARSIGLIA, 2000) .

É com a Medicina urbana desenvolvida na França, pela necessidade de estabelecer regras para a convivência nos aglomerados das cidades, que nascem os primeiros conceitos de vigilância à saúde, como o esquadrinhamento do espaço, da separação e contagem dos sãos e dos doentes e o registro sistemático de eventos, como a morte, o nascimento e a doença. Segundo Foucault, é também com a Medicina urbana que a prática médica se põe em contato direto com ciências extramédicas, principalmente a Química. É também de Foucault a seguinte afirmação:

A passagem para uma medicina científica não se deu através da medicina privada, individualista, através de um olhar mais atento ao indivíduo. A inserção da medicina no funcionamento geral do discurso e do saber científico se faz através da socialização da medicina, devido ao estabelecimento de uma medicina coletiva, social, urbana (FOUCAULT, 1996).

Com a Revolução Industrial e a partir dela, a Medicina sofre grandes avanços que levaram a um desequilíbrio entre o avanço técnico da Medicina e o seu desenvolvimento social, isto é, o progresso científico a encareceu de tal maneira que grande parte da população já não podia pagar por ela. Foi necessário então

criar seguros contra as enfermidades das classes trabalhadoras no final do século XIX. Com isso, o mercado de trabalho para os médicos estendeu-se bastante, abrindo-se frentes em serviços estatais e mesmo nos serviços de assistência privados.

Nesse período, inicia-se o terceiro modelo de Medicina social descrito por Foucault, ou seja, a Medicina da força de trabalho. Diferentemente dos outros dois modelos, a Medicina do século XIX é essencialmente um controle da saúde e do corpo das classes mais pobres para torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas para as classes mais ricas.

Em relação à clínica, esse é um período de grandes transformações que formatam até hoje o trabalho médico. O avanço tecnológico desembocou na transformação dos instrumentos de diagnóstico e terapêutica e dos meios de produção, tornando-os produtos cada vez mais complexos e caros, levando a necessidade de concentrações financeiras e administrativas mais fortes: o hospital.

Esse hospital do século XX e todo o seu aparato tecnológico à disposição do médico transformam rapidamente a prática clínica tradicional. O exame clínico baseado na observação, na palpação, na ausculta perde importância e dá lugar a exames “armados”, em que o médico não deduz a lesão, mas a vê. Ganha importância a anatomia patológica, as endoscopias, as biópsias, ou seja, o

diagnóstico através de imagens reais da lesão e das reações químicas, culminando no conhecimento íntimo das células com o desvendamento do seu código genético. As doenças passam a ser classificadas não mais pelos seus quadros sindrômicos, mas por outras lógicas como a anatomopatologia, a embriologia, a imunologia e a genética. As medidas terapêuticas passam a ser mais importantes e se avalia a sua eficácia por meio de medidas quantitativas, desprezando a temporalidade das doenças e a observação descritiva conquanto saber. “A clínica passa a ser então um instrumento anacrônico para o médico” (POLACK, 1971).

No processo diagnóstico, a fala ou o discurso do paciente perde em muito a sua importância, e este só entra em cena novamente por intermédio dos trabalhos de Freud sobre a psicanálise. “É quando, pela primeira vez, todo o texto do discurso (do paciente) ocupa a atenção crítica do médico” (POLACK, 1971).

Mas, mesmo assim, as manifestações psicológicas e sociais são consideradas subjetivas e localizadas externamente ao paradigma biomédico da clínica. Tal concepção coloca como eixo central da prática médica as tecnologias bioquímicas, as imagens diagnósticas e as técnicas cirúrgicas. Esse modelo é construído e firmado pelos “criadores de conhecimento (investigadores, autores de livros e professores) ligados às instituições terciárias de alta tecnologia, hospitais acadêmicos que dominam hoje a assistência e o ensino” (BARRENO *apud* IBÁÑEZ; MARSIGLIA, 2000).

Conclui-se que a prática médica e a posição social do médico sofreram duas grandes influências nesse século: a da revolução tecnológica, descrita anteriormente, e a da revolução social. No que diz respeito à revolução social iniciada no século XIX a partir da luta pelos direitos sociais e depois pelas mudanças demográficas, como o envelhecimento e a urbanização, iniciam-se políticas sociais mais abrangentes e a ampliação dos direitos sociais pelo Estado (Welfare State). As mudanças introduzidas pelas políticas econômicas neoliberais têm imprimido reformas do Estado que questionam a essência desses modelos de seguridade social e de saúde.

É nesse cenário sociopolítico que se insere hoje a prática médica no Brasil e no mundo.

### **3.2 A profissão médica hoje**

Segundo Ibáñez e Marsiglia (2000):

Talvez o melhor subtítulo para a medicina atual tenha sido sintetizado por Entralgo (1987): poderio e perplexidade. Poderio pela revolução científica e tecnológica que ofereceu graus diferenciados de utilização da energia atômica, técnicas astronáuticas e automatização no governo do cosmos; perplexidade, pelo próprio testemunho dos homens que se mostram confusos, com dificuldades de atribuir valores e hierarquia ao conhecimento, desorientados, desconhecendo o que fazer com as

descobertas ou se limitando a usá-las sem entender e descontentes por não resolverem problemas mais profundos da humanidade.

A implementação do atual modelo com base em procedimentos tecnológicos (tecnologia dura) tem levado ao seu questionamento quanto à sua efetividade ou ao seu impacto ante os problemas de saúde das populações, tendo em vista o acúmulo exagerado dos custos que tem provocado. Em resposta a esses questionamentos, dois grandes movimentos podem ser observados: a procura cada vez maior por práticas alternativas, sejam populares, sejam de outro paradigma científico, e as reformas de políticas na área de saúde com retraimento dos gastos sociais, com propostas aderidas a organizações internacionais (Banco Mundial), oferecendo “pacotes mínimos” de assistência à saúde. É nesse contexto de conflitos e contradições que o profissional médico atua hoje e é com base nele que analisamos a profissão médica.

Machado et al. (1997), no livro *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*, fazem uma análise preliminar sobre a profissão médica, a construção de seu poder, sua autoridade e sua credibilidade na sociedade moderna. Mostram-nos que parte dessa posição de poder deve-se ao grau de autonomia e de auto-regulação dessa profissão. “Em outros termos, uma profissão auto-regulada, com elevado e complexo conhecimento científico e controle sobre o processo de trabalho” (MACHADO et al., 1997).

Autonomia nesse contexto pode ser entendida como a capacidade de tomar decisões por conta própria e pode ser considerada como um valor em si para a profissão. Para chegar a esse ponto de autonomia e auto-regulação, a Medicina moderna do século XX precisou produzir crédito social, fundamentar seu conhecimento e prática na racionalidade científica e buscar autoridade na expertise técnica. A unificação da base cognitiva produziu a unificação do saber, do conhecimento médico, padronizando tanto a produção de serviços (assistência médica) como os produtores (médicos).

Mas o que se vê hoje, por causa das questões econômicas e da impossibilidade do profissional assumir de forma autônoma todos os procedimentos necessários e disponíveis para a assistência ao seu paciente, é uma grande institucionalização da prática médica. A autonomia do profissional médico passa a ser mais uma questão simbólica do que real, uma vez que o médico perde o controle sobre a produção e o preço final dos serviços. Mas os preceitos de autonomia e liberdade profissional são introjetados pelos médicos. Então, hoje vivem um dilema que deve ser enfrentado cotidianamente, porque “ser um profissional liberal não é uma condição do mercado de trabalho, mas uma condição ideológica característica do arquétipo médico” (MACHADO et.al., 1997).

Outro componente que confere poder à profissão é o pressuposto e a lógica de confiança e credibilidade que determinam de forma marcante a relação médico-paciente. Assim,

o médico não só tem autoridade sobre o paciente, mas, principalmente, exerce um forte poder de ação sobre ele tornando-o um consumidor passivo, pouco à vontade para decidir sobre condutas independentes da opinião de seu médico (MACHADO et al., 1997).

O modelo biomédico hegemônico centrado no poder da tecnologia tem imprimido também mudanças na relação médico-paciente: a técnica, assim como a magia, permite a crença na cura pelo ato a distância, alienando-se tanto o profissional como o paciente como sujeitos envolvidos nessa relação. Na maioria das vezes, o profissional desconhece a tecnologia que utiliza, e o paciente desenvolve uma crença ilimitada nessas técnicas. Contribuem para isso desde os interesses econômicos até a rapidez de divulgação pela mídia dos sucessos e avanços da ciência atual.

A profissão médica, como já descrito, desenvolveu ao longo do tempo mecanismos fortemente ideológicos que levaram os médicos a serem considerados como essenciais ao sistema de saúde. Essa correlação e a conseqüente responsabilização desses profissionais pela qualidade da assistência não são mera causalidade ou associação ingênua da sociedade. Tal fato resulta de uma complexa e engenhosa construção social que delega aos médicos o papel definidor das políticas de saúde.

O sucesso da prática médica conquanto profissão hoje se deve a quatro fatores empíricos:

- 1 A relevância do valor para a qual os serviços médicos são orientados.

- 2 A capacidade quase ilimitada de expansão do mercado de serviços de saúde.
- 3 A inclinação natural do Estado para dar suporte e oferecer vantagens monopolistas a uma atividade profissional fundamental ao bem-estar dos cidadãos.
- 4 A peculiar falta de organização da clientela.

A Medicina ou a Ordem Médica, como diz Clavreul (1983), impõe-se por ela mesma na nossa sociedade. A Medicina está presente em nossas vidas desde o nascimento até a morte. Ninguém contesta o saber médico, sua cientificidade que constitui lei. “A crença na medicina ultrapassa de longe a crença em qualquer religião” (CLAVREUL, 1983). O investimento ideológico da prática médica caracteriza-se pela presunção de que, além de ser cientificamente fundamentada, ela própria é ciência, ou seja, ao igualar conhecimento cientificamente estruturado sobre o seu objeto (o corpo) ao conhecimento cientificamente estruturado das necessidades desse corpo, abstraindo-se suas determinações extrabiológicas, “opera-se a transformação da medicina em prática capaz de, através de seu saber, definir o que é e o que não é legítimo enquanto normal e patológico” (MENDES GONÇALVES, 1994).

Além disso, do ponto de vista coletivo, a Medicina ou a assistência médica consegue mobilizar um largo movimento de solidariedade entre os homens, demonstrado pelo grande orçamento que lhe é destinado em todo o mundo.

Outro fator decorrente do desenvolvimento científico da Medicina é o processo de divisão do trabalho ou o processo de especialização da prática médica. Hoje se contam com subespecialidades que não existiam até bem pouco tempo atrás, como os especialistas em diagnóstico por imagem, subespecialidades oftalmológicas, médicos especialistas em exames e intervenções cirúrgicas cardíacas, médicos intensivistas, entre outros. Numa perspectiva sociológica, a divisão social do trabalho tem dupla face: uma positiva, que força uma troca de saber e o trabalhador não perde de vista seus colegas, mas age sobre eles e sofre a sua ação, propiciando uma interação que se dá no processo de trabalho; e outra negativa, que aponta para interferências no processo de trabalho, que podem ser dramáticas aos sistemas de saúde, encarecendo-o e multiplicando até o infinito os procedimentos a serem utilizados.

Este é um dos pontos frágeis da revolução tecnológica produzidas nas ciências médicas: medicina complexa, de alta precisão diagnóstica, porém de alto custo operacional e de acesso restrito, tanto para os médicos que utilizam os equipamentos sofisticados como para os usuários destes serviços (MACHADO et al, 1997).

Outra consequência do processo de especialização é a crescente fragmentação dos saberes e das práticas; os segmentos profissionais se isolam e desenvolvem formas organizativas próprias e em sociedades distintas, como a dos oftalmologistas, dos anestesiologistas, dos pediatras, etc.

Concluindo, pode-se dizer que a revolução tecnológica tem provocado, neste final de século XX e início do XXI, mudanças importantes tanto nos saberes quanto nas práticas da profissão médica. Componentes importantes e estruturantes do poder e *status* do médico sofreram abalos, como a autonomia, o poder de decisão, a relação médico-paciente, a tradicional hegemonia médica nas equipes de saúde, o domínio e o conhecimento do corpo humano. O prestígio social do médico também tem sido afetado, alterando não só a dinâmica interna da profissão como, e especialmente, a nova visão social que a sociedade passa a produzir sobre os médicos em geral. Além disso, tal quadro tecnológico da prática médica tem gerado dois tipos de crítica: a perda “da humanização da medicina e o excesso tecnológico da assistência, resultando ambos em uma atenção mais ligada a estabelecer tratamentos do que realizar cuidados propriamente ditos” (SCHRAIBER, 2000).

### **3.3 Os médicos e a política de saúde**

O objeto deste capítulo não é descrever as políticas de saúde do ponto de vista histórico ou descrevê-las atualmente, mas sim estabelecer relações entre as políticas de saúde e a prática cotidiana dos médicos como instituintes e instituídos dessas mesmas políticas. Pretende-se fazer, então, uma reflexão sobre o modo de produção das políticas de saúde com base na relação entre os diversos atores

envolvidos nessa arena, em especial os médicos e suas formas associativas, e o Estado. A forma como o Estado se organiza política e institucionalmente e a forma como as demandas sociais são canalizadas e ouvidas também influenciam o modo e os resultados dos processos de elaboração das políticas de saúde (IMMERGUT, 1992).

A política estatal de saúde é um tema altamente politizado. Pode representar as fronteiras entre as ideologias políticas, como, por exemplo, entre o Liberalismo e o Socialismo, e a escolha entre a liberdade de mercado e a economia planejada. Médicos, sindicatos, empregados e empregadores, entre outros, estão envolvidos em conflitos na determinação das políticas de saúde. Envolvem também interesses e concepções ideológicas de partidos políticos, demonstrações de competência dos políticos executivos e de poder dos burocratas estatais (IMMERGUT, 1992). Por isso mesmo, os resultados dessa arena podem ser imprevisíveis.

Segundo Labra (1992), a categoria médica se caracteriza também pela capacidade de

“fechamento social”, entendido como o poder de instituir “barreiras monopólicas ao ingresso em suas fileiras e procedimentos efetivos de auto-regulação e controle sobre os membros das associações. [...] Os médicos são apontados como um grupo profissional poderoso, terreno fértil para o desenvolvimento de processos corporativos. [...] Assim, características tais como o monopólio da representação, a capacidade de auto-regulação e a possibilidade de impor acordos negociados com o Estado através da cooperação disciplinada dos membros da associação médica seriam típicas de um corporativismo setorial cujo fechamento

social dá base ao conhecimento científico-técnico que a profissão médica possui e é reconhecido e reforçado pelo Estado.

Segundo essa autora, do ponto de vista do Estado, podem-se distinguir três formas de intervenção estatal:

1. O modo mercado: o Estado intervém para preservar e reforçar os mecanismos de mercado, predominando a ideologia da eficácia social do livre mercado.
2. O modo burocrático: as decisões alocativas importantes são tomadas por agências estatais isoladamente das pressões do mercado.
3. O modo corporativo: o que importa é o papel político exercido pelas agências estatais sobre as organizações de interesse, sendo condição essencial a existência de monopólio de representação de interesses no setor.

No Brasil, onde o sistema público de saúde é constituído de um mix público-privado, esses três tipos de intervenção estatal podem estar presentes. Na formulação e implantação de políticas de saúde, todos os atores, agências estatais, técnicos estatais tecno-burocráticos, associações empresariais, corporações profissionais participam de alguma forma do processo de implantação (ou não) das políticas. Portanto, em todo planejamento que se denomine estratégico, deve-se levar em consideração esse intrincado jogo de interesses.

Campos (1988), em seu livro *Os médicos e a política de saúde*, mostra-nos com clareza a influência das diversas formas de associação da classe médica na

tomada de decisão sobre políticas de saúde ao longo dos anos 60, 70 e 80 no Brasil.

Esse autor aponta que a variedade de formas de inserção dos médicos no mercado de trabalho possibilita a organização de frações da categoria de acordo com seus interesses mais imediatos em relação às políticas de saúde e à intervenção do Estado. Mas, mesmo assim, a categoria mantém uma organicidade na sua estrutura porque todas essas diferentes direções não provocam divisões internas na classe, ou seja, todos esses movimentos são abrigados pelas associações médicas.

Até o início da década de 1980, a ideologia médica expressa por meio das intervenções e dos discursos da Associação Médica Brasileira (AMB) era da Medicina privativa e liberal, mas admitia a participação do Estado como financiador que garantisse o acesso de todos os cidadãos à assistência médica, principalmente os mais pobres, com livre escolha do médico e pagamento de complementação.

A demanda social por acesso universal aos serviços de saúde, a limitação de recursos tanto no setor privado como no setor público e o crescente número de médicos no mercado são alguns elementos desta nova realidade. [...] Para assegurar legitimidade a sua tese mais cara (o liberalismo), os representantes da AMB necessitavam adaptá-la a essas novas circunstâncias, por isso admitiam a participação do Estado no financiamento dos serviços privados, por essa razão concordavam com a idéia de que alguns pacientes, os mais pobres, tivessem direito à atenção gratuita (CAMPOS, 1988).

Com base nessas idéias, os médicos assumiram que não era possível desmontar a rede de serviços públicos já existentes. Mas essa tolerância não significou mudança de julgamento desses serviços que eram considerados antiéticos, ineficientes, com atendimento massificado. Acreditavam que a maioria da população escolheria serviços segundo o princípio da livre escolha, o que liquidaria com as outras opções.

Nessa época, também os médicos lutavam contra a “mercantilização” da Medicina, mas entendendo tal mercantilização como a intermediação lucrativa do ato médico por empresários e ou “leigos”. A progressiva capitalização da Medicina não fazia parte de suas preocupações.

Na verdade, ao classificarem de antiética a mercantilização da medicina, referiam-se exclusivamente à medicina de grupo. Nunca fizeram referência às fraudes ou à produção de atos médicos desnecessários. Não se oporiam, em nenhuma circunstância, à crescente capacidade da indústria farmacêutica e de equipamentos determinar os conteúdos da prática médica (CAMPOS, 1988).

A ideologia da AMB nessa época contrapunha a Medicina preventiva à Medicina assistencial; a esta caberia o atendimento individual enquanto aquela seria de obrigação do Estado. Na verdade, o que se discutia aí era a incapacidade do Estado em prestar assistência médica individual.

Como a política da AMB ignorava o crescimento significativo do assalariamento da classe médica, esta se distanciou dos movimentos dos médicos assalariados por melhores salários e condições de trabalho, o que gerou descontentamento por

parte desse grupo em relação à condução política da AMB. A partir desse descontentamento e coincidindo com a situação política do País em 1981, entra em cena o Movimento de Renovação Médica (REME). Do ponto de vista ideológico, o movimento cometeu os mesmos erros do anterior, ou seja, ignorou as diversas formas de inserção do profissional no mercado de trabalho e deu toda a ênfase na defesa do médico assalariado, considerando as outras formas como residuais e inexpressivas. A sua formulação sobre a política de saúde era bastante simplista: consideravam a Medicina de grupo como a causadora de todos os malefícios para o profissional, reduzindo o seu discurso à elaboração de críticas ao INPS e uma formulação genérica que vinculava a política de saúde à necessidade de atendimento aos interesses da população. Em razão de seu maior envolvimento com tarefas mais imediatistas e de caráter mais corporativo,

não conseguiu elaborar um projeto de saúde mais democrático que pudesse representar os interesses da classe trabalhadora, não conseguindo propor uma política de saúde que representasse ao mesmo tempo os trabalhadores e os médicos (CAMPOS, 1988).

Concluindo, o REME, apesar de ser um movimento progressista em relação à posição do médico no processo de produção de saúde, não conseguiu apresentar propostas alternativas para a política de saúde vigente, além de criticá-la.

Em 1983, assume a AMB outra corrente política denominada por Campos (1988) de movimento dos neoliberais. Esse movimento caracterizava-se por eleger o governo federal como principal oponente aos interesses da classe médica, acreditar na superioridade do modelo privado de assistência médica e, apesar de

aceitar a heterogeneidade do mercado, atribuir caráter liberal à prática médica. Colocava o problema da assistência apenas como carência de recursos e admitia a intervenção do Estado somente para suprir de serviços e assistência a população mais carente e como órgão arrecadador e fiscalizador. A concepção sobre os serviços públicos básicos de saúde era de prestador de serviços em Medicina preventiva, atendimento aos pobres, separando-os da Medicina assistencial, considerada como capaz de atender ao indivíduo doente e, portanto, para esta deveria ser canalizada a maior parte dos recursos de financiamento público.

Com esse relato, que pode servir de exemplo, conclui-se que, até meados da década de 1980, todos os movimentos das representações médicas assumiram que havia problemas em relação à assistência médica no Brasil, mas esses estavam sempre fora da categoria médica ou do entendimento sobre a sua inserção na produção de tal assistência. As propostas apresentadas estavam voltadas para questões externas à Medicina e aos médicos, não admitindo, portanto, possibilidades de mudanças baseando-se neles mesmos. Os problemas apontados eram as relações trabalhistas, o modelo, o financiamento. Outra característica predominante era a defesa aberta das instituições médicas, como os hospitais, ou a omissão em apontar problemas, como, por exemplo, as fraudes.

Pode-se inferir que essas características relatadas no referido texto ainda estão presentes nos movimentos das associações representativas da classe médica.

Mas é preciso um trabalho de pesquisa da profundidade do realizado por Campos (1988) para analisar e caracterizar os movimentos da categoria hoje. De modo superficial, pode-se apontar algumas características dos movimentos dos médicos nos últimos anos, valendo-se do trabalho de Machado (1997 e 2000). Entre eles, pode-se citar:

1. Estratégias para recuperação da imagem do médico que é associado pela mídia ao caos do sistema de saúde, sendo, portanto, a recuperação de sua boa imagem de grande importância hoje.
2. Adoção pela categoria de uma postura favorável à constituição de um “lobby” político no poder legislativo, para defender interesses corporativos (MACHADO et al., 1997).

Algumas dessas bandeiras e também outras podem ser discriminadas na “Carta de Brasília”, documento final do 10º ENEM (Encontro Nacional de Entidades Médicas), ocorrido em maio de 2003. Os itens discutidos e as propostas apresentadas podem ser assim resumidos:

- 1 Ato médico: discussão ampla da sociedade, tendo em vista a necessidade urgente de definir os atos privativos da profissão.
- 2 Fortalecimento da atenção primária à saúde com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade e resolutividade, redução dos indicadores epidemiológicos, assegurando a contratação de profissionais médicos mediante concurso público com carreira definida no SUS.

- 3 Implantação de Plano de Cargos Carreiras e Salários no SUS, respeitando a complexidade da carreira do médico com sua necessária diferenciação nas atribuições e responsabilidades relativas ao exercício de suas atividades profissionais.
- 4 Estabelecimento de piso nacional para a categoria médica.
- 5 Revisão urgente da política de criação de cursos de Medicina sem a devida comprovação de sua necessidade social. Estabelece o caráter terminativo aos pareceres do Conselho Nacional de Saúde para a abertura de novas escolas médicas.
- 6 O cumprimento das recomendações resultantes das avaliações oficiais de desempenho dos cursos de Medicina.
- 7 Implantação da Lista Hierarquizada de Procedimentos Médicos com o objetivo de valorizar o trabalho médico e regular as relações com as operadoras de planos de saúde.

O documento termina com os seguintes dizeres:

Os médicos brasileiros vêm reafirmar seu apoio ao Sistema Único de Saúde, público, integral, universal e equânime. Como cidadãos brasileiros mantemos a luta e a expectativa de um Brasil melhor, onde a saúde e o direito a uma vida digna sejam garantidos a todos nós (JORNAL DO CFM, 2003).

### 3.4 Os médicos e o mercado de trabalho

A concepção da Medicina como prática profissional regulamentada se deu após algumas intervenções estatais e pela necessidade de padronizar a formação desse profissional e de unificar a sua base cognitiva, levando ao controle, ao monopólio e à autonomia do mercado. Nesse contexto, talvez a reforma mais importante tenha acontecido nos Estados Unidos, com a criação da *Medical School* da Universidade John Hopkins, em 1893, logo após a publicação do Relatório Flexner, que consolidou a Medicina científica como modelo paradigmático (MACHADO; BELISÁRIO, 2000).

A importância desse Relatório centrava-se na determinação de uma nova Medicina e de uma nova prática e teve como consequência imediata o fechamento de inúmeras escolas médicas, diminuindo o número de vagas e limitando o acesso, o que levou a uma mudança na composição dos quadros sócio-demográficos da profissão (STARR *apud* MACHADO; BELISÁRIO, 2000). O paradigma flexneriano influenciou de maneira importante o modelo da Medicina e sua prática e o ensino médico no mundo ocidental. Institui-se, assim, no início do século XX, a Medicina científica com forte controle do mercado, do sistema de produção e da transmissão da sua base cognitiva.

O objetivo deste capítulo é desenhar de forma panorâmica o mercado de trabalho médico hoje no Brasil.

Campos (1988) descreve quatro formas de inserção do médico no mercado de trabalho brasileiro:

- 1 Trabalho liberal: caracterizado pela existência de clientela própria com a qual se estabelecem as condições de remuneração, bem como pela posse dos instrumentos de trabalho pelo médico.
- 2 Assalariamento: caracterizado pela venda da força de trabalho por tempo determinado por troca de salário.
- 3 Proprietários: os que detêm o controle das condições materiais de trabalho, até mesmo em relação a instrumentos que podem ser operados por um único ou por poucos profissionais.
- 4 Autônomos: forma intermediária entre o liberal e o assalariado, na medida em que envolve controle parcial dos meios de trabalho ou da clientela. Esse autor considera como autônomos os médicos ligados às cooperativas médicas ou a outras formas de pagamento preestabelecidas por terceiros – não são, portanto, profissionais liberais (CAMPOS, 1988).

Ainda segundo esse autor,

o trabalho liberal com controle sobre os meios de trabalho, a clientela e a remuneração é uma forma em declínio, residual. O mesmo não acontecendo, todavia, com a prática autônoma que ao lado do assalariamento se constituem nas modalidades dominantes de inserção do médico no mercado de trabalho (CAMPOS, 1988).

Como características mais marcantes do atual mercado de trabalho médico no Brasil, podem ser citados: a homogeneidade do demandador ou comprador de serviços; o aumento significativo da participação feminina; a constituição etária do mercado; a urbanização; a perda da condição de profissional liberal; e a crescente especialização dos atos médicos (MACHADO; BELISÁRIO, 2000).

Em relação à homogeneidade do comprador, pode-se dizer que a esfera pública e a privada ofertam serviços em montantes semelhantes, ou seja, 69,7% dos médicos atuam em serviços públicos, 59,3% em estabelecimentos privados e 74,7% ainda mantêm atividades em consultórios particulares. A partir da década de 1980, o setor público passa a ser o principal empregador na área da saúde. Esse movimento se acentua com o processo de municipalização e de expansão da rede ambulatorial pública. O setor público é o nicho de mercado que emprega médicos em maior quantidade na faixa etária mais jovem ou na primeira fase de sua vida profissional. À medida que o médico se firma profissionalmente, ele migra para o setor privado.

Pode-se dizer também que hoje transcorre no Brasil um processo de feminilização do mercado médico.

Esta é uma questão importante que afeta nuclearmente a profissão médica e que denominamos transição de gênero. Arriscamos afirmar que provavelmente nas próximas décadas a profissão médica passará a vigorar no cenário das profissões liberais como uma profissão predominantemente feminina [...] Enfocando-se o segmento etário de médicos com até 45 anos de idade o contingente feminino é ainda maior: 41%, o que reforça a idéia de feminilização é um fenômeno geracional

pós década de 70. No contingente com menos de 30 anos a participação feminina aumenta ainda mais, representando cerca de 50% deste segmento (MACHADO et al., 1997).

Do ponto de vista etário, tem-se um quadro no qual 70% dos médicos têm menos de 45 anos de idade.

Os médicos ingressam no mercado de trabalho entre 26 e 28 anos [...]. Isto significa dizer que 65% dos médicos que atuam no mercado de serviços de saúde têm menos de 16 anos de formado, o que configura um mercado em constantes reacomodações de necessidades e especificidades tanto em nível nacional quanto regional (MACHADO et al., 1997).

No Brasil, a Medicina vem se tornando uma atividade concentrada nos grandes centros urbanos. Na região Sudeste, que abriga 59,5% dos médicos do País, a concentração nas capitais chega a 40%.

A última pesquisa sobre a classe médica realizada pelo CFM, em 2002, e apresentada como dados preliminares no 10º ENEM (Encontro Nacional de Entidades Médicas), confirma algumas dessas tendências relatadas anteriormente. O Brasil, na época da realização da pesquisa, contava com 283.000 médicos. Destes, 69,8% são do sexo masculino, 61,2% residem nas capitais, 63,4% têm menos de 45 anos. Em relação à inserção no mercado de trabalho, os dados mostram que 67% dos profissionais trabalham em consultório particular, 69,7% mantêm vínculo com o setor público, 53,8% trabalham para o setor privado e 18,9% se dedicam a atividades de docência. Esses dados confirmam a múltipla inserção do médico no mercado de trabalho e mostram a importância do setor público como empregador (JORNAL DO CFM, 2003).

A distribuição geográfica desigual, demonstrada acima, tem como uma de suas conseqüências a diminuição progressiva do rendimento dos médicos de forma geral. As oportunidades urbanas de mercados competitivos têm diminuído no Brasil, porque quanto mais aumenta a oferta mais se reduzem as oportunidades de trabalho com bons rendimentos.

Busca-se, então, freqüentemente e cada vez mais intensamente a especialização dos serviços prestados como forma mais segura de obter rendimentos compatíveis com o status que esses profissionais médicos adquirem ao longo de sua história profissional (MACHADO; BELISÁRIO, 2000).

Mas, mesmo trilhando esse caminho, o médico especialista já não consegue manter a característica de profissional liberal, uma vez que o seu consultório não se sustenta com clientela particular, e, por causa da imposição do mercado de utilização de tecnologias cada vez mais avançadas e caras, começam a ser colocadas restrições dos seguros de saúde privados para o seu uso. A realidade do mercado hoje aponta para uma diversificação de serviços em instituições de saúde que remuneram seus profissionais e uma gama quase ilimitada de atendimentos e prestação de serviços.

A vida profissional do médico é constituída de inúmeras passagens em instituições de saúde, hospitais, alterações na hierarquia da equipe médica (aprendiz da medicina – médico residente a preceptor – mestre do ofício), mudanças na área de atuação, com alteração por vezes radical de especialização ou até mesmo de migração de cidade ou de estado. A medicina, como poucas profissões permite essa dinâmica especial de estar no mundo do trabalho (MACHADO et al., 1997).

O profissional médico foi socializado para ter esse padrão de vida profissional, ou seja, estar sempre presente a possibilidade de inserções múltiplas no mercado de trabalho, não sendo esse fato apenas decorrência da crise econômica, mas também de seu processo de trabalho.

### **3.5 Os médicos e sua formação**

Serão abordados aqui dois aspectos importantes na formação do médico como profissional. Um deles é o relacionado ao conteúdo técnico e científico que preenche a base cognitiva da profissão médica. O outro corresponde ao seu processo de socialização<sup>2</sup>, no qual o indivíduo adquire habilidades, conhecimento e valores para atuar de acordo com o seu papel em grupos ou sociedades (REGO, 2003).

Em relação ao ensino médico propriamente dito, cabe ressaltar a importância do Relatório Flexner e sua influência sobre o modo de ensino americano, que passou a ser referência para o brasileiro na reforma universitária de 1968.

---

<sup>2</sup> “Assim utilizamos aqui o termo socialização como um processo social no qual os indivíduos adquirem habilidades, conhecimento, valores e os papéis consoantes com sua posição em um grupo ou sociedade, ou, em outras palavras, o processo através do qual a personalidade é formada como o resultado das influências sociais. Ou ainda, de uma forma mais direta, poderíamos dizer que é a transformação de um ser biológico (ou um pacote de células) em um ser social” (REGO, 2003).

O Relatório Flexner foi o resultado de uma pesquisa sobre as escolas americanas no início do século XX, sendo considerado um divisor de águas em relação ao ensino médico, porque tornou pública a discrepância que havia entre o desenvolvimento científico das ciências médicas e o seu ensino. Abraham Flexner, condutor da pesquisa, também acrescentou sugestões para a transformação do ensino médico, que podem ser assim resumidas:

1. Exigência de graduação de nível superior para ingresso na Faculdade de Medicina e extensão do curso para quatro anos com mais um ano de internato após a graduação.
2. Obrigatoriedade do ensino laboratorial.
3. Estímulo à contratação de docentes em tempo integral.
4. Expansão do ensino clínico, especialmente em hospitais.
5. Vinculação das escolas médicas às universidades.
6. Ênfase na pesquisa biológica como forma de adequar a educação médica ao desenvolvimento científico.
7. Estímulo à pesquisa e sua vinculação ao ensino.

Com esse conteúdo, o Relatório Flexner encontrou campo fértil no Brasil “impregnado pelas concepções positivistas<sup>3</sup>”.

---

<sup>3</sup> Positivismo entendido aqui como uma corrente filosófica dominante nos anos 50, cujas idéias continuam vivas e presentes na concepção científica e na prática: 1 – pouca valorização conceitual do processo saúde/doença e seus determinantes; 2 – enfoque pragmático e funcionalista da medicina como se fosse uma ciência universal, atemporal e isenta de valores; 3 – valorização das ciências sociais como acessórios ou complementos na prática e na teoria médicas; 4 – na epidemiologia, valorização excessiva da concreção estatística tomada como objetividade e confusão do fenômeno com a própria realidade (MINAYO, 2000).

Foram, então, estabelecidos os estudos dos sistemas e dos órgãos isolados do corpo, a concepção da doença como processo individual, natural e biológico. Como lócus estratégico e de excelência para a implantação do binômio ensino-pesquisa, foram criados os hospitais universitários (MACHADO et al., 1997).

Foi incorporado também o ensino por disciplinas segundo especialidades, como a cardiologia, a pediatria, a radiologia, entre outras, com conteúdos programáticos que se sobrepunham, mas ministradas de forma independente de acordo com a lógica de cada disciplina ou especialidade.

Se, por um lado, esse crescente ‘especialismo’ sustentado pelo mito da eficácia e da racionalidade técnica encontra apoio na sociedade moderna e no complexo médico-industrial, por outro lado, acaba favorecendo a especialização precoce do estudante. Desta forma, os médicos, de forma geral, estão se formando condicionados por um mercado cada vez mais competitivo e por um modelo de ensino que favorece e estimula a opção prematura por uma especialidade (MACHADO et al., 1997).

Do ponto de vista curricular, o curso se divide em duas etapas – os dois primeiros anos dedicados às disciplinas consideradas básicas, como as ciências morfológicas, a fisiologia, a patologia e algumas outras que são inseridas nesse momento, talvez por não se enquadrarem em outro estágio, como o fazem a Ética, as Ciências Sociais, a Psicologia Médica. Após os dois primeiros anos, inicia-se o ciclo profissional que em geral é ministrado nos hospitais universitários.

As disciplinas previstas neste ciclo possuem a lógica das especialidades médicas a despeito das indispensáveis medicina interna e semiologia médica. Assim como ocorre no ciclo básico o currículo previsto na maioria das escolas não viabiliza relações interdepartamentais. Os conteúdos se sucedem sem que se verifiquem as necessárias inter-relações (REGO, 2003).

Merece destaque também na grade curricular as “aulas práticas”, na sua maioria ministradas em ambiente hospitalar. Estudo realizado por Campos aponta:

86% da carga horária dos estágios práticos dos cursos médicos se desenvolvem dentro de hospitais universitários [...]. Durante quase toda formação clínica, incluindo a de internato, os alunos são treinados dentro dos denominados hospitais universitários. Algumas escolas têm estágios em centros de saúde ou em outras modalidades de serviços do SUS, mas seguramente pode-se afirmar que seu peso qualitativo e quantitativo (14% da amostra levantada) na composição curricular é pequeno (CAMPOS *apud* REGO, 2003).

Essa conformação do ensino pode ser entendida como um reflexo do modelo baseado nos pressupostos do Relatório Flexner, mas também como consequência do modelo de assistência vigente e da estrutura do mercado de trabalho em saúde, que denotam claramente que o local do trabalho médico é por excelência o hospital. Essas características têm levado a um enfraquecimento das equipes mais generalistas e sua substituição por profissionais especializados e dividido em compartimentos o ensino com pequena integração entre si.

Assim as disciplinas são fragmentadas em pequenos feudos de especialistas que parecem mais preocupados em formar jovens especialistas do que repassar conteúdos indispensáveis para a formação de médicos generalistas (REGO, 2003).

Se, nesse primeiro aspecto da formação médica, pode-se levantar críticas, em relação ao segundo, ou seja, à socialização ou à formação moral do médico pode-se apontar a quase total falta de preocupação, ou de estudos ou iniciativas para incorporação desse tema nas grades curriculares.

Quando volto minha atenção especificamente ao campo da formação moral do médico, buscando o que determina ou contribui para que estes ajam e reajam de determinada maneira ou com determinado padrão de atitudes, os estudos no Brasil mostram-se praticamente inexistentes (REGO, 2003).

E qual seria o papel das escolas médicas nesse aspecto da formação do profissional? Se não podemos apontar qual especificamente, podemos dizer que

ele é de extrema importância. Por isso, é necessário questionar a forma como a escola incentiva o pensamento autônomo e crítico dos seus alunos, não os considerando apenas como um receptáculo de informações. Pode-se dizer que é temerário deixar a educação da ética médica nas mãos de profissionais sem formação pedagógica e que acham que basta para os alunos a apresentação do Código de Ética Médica e de soluções pré-fabricadas para alguns conflitos éticos.

Mais que nunca é preciso deixá-los pensar, debatendo criticamente a realidade com a qual eles convivem e preparando-se para atuar na sua vida profissional de forma autônoma e “dialogadora”, respeitando o outro e suas próprias visões de mundo e os direitos humanos. A escola médica tem esse papel e pode exercê-lo (REGO, 2003).

Rego (2003), em seu livro *A formação ética dos médicos...*, aponta como possibilidades de mudanças, embora a longo prazo e com problemas metodológicos e de condições a serem conquistadas, o ensino transversal da ética, ou seja, esse assunto deve ser abordado em todas as disciplinas do currículo. Esse autor também indica algumas alternativas metodológicas ou curriculares, como, por exemplo, a aprendizagem baseada em problemas, a incorporação de novas disciplinas, como a Filosofia, o Direito, a Psicologia, os Direitos Humanos, entre outras.

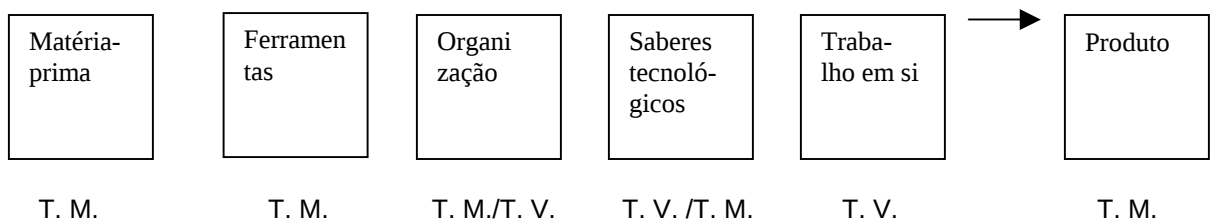
#### **4. Os médicos e seu processo de trabalho**

#### 4.1. Processo de trabalho: conceitos

Antes de abordar o tema acima proposto, é necessário o estabelecimento de alguns conceitos importantes que serão bastante utilizados durante todo o capítulo, e determinar o porquê e a importância de descrever e discutir o processo de trabalho. Para Merthy (1998),

processo de trabalho representa o lugar da produção dos atos de saúde na sua cotidianidade, e, portanto, um espaço privilegiado de percepção e identificação dos outros dois campos (organizacional e político) de seus modos de gestão e de agir e de análises das ações protagonistas dos trabalhadores na construção de modelos.

O primeiro conceito é o de trabalho humano. Todo trabalho humano é “interessado”, ou seja, tem uma finalidade que é construída histórica e socialmente. O produto final do trabalho humano é sempre uma conjunção de saberes previamente estabelecidos, instrumentos, matérias-primas e o trabalho em si. Desse conceito inicial, podem-se subtrair mais dois: o trabalho vivo, que é o ato criador em si; o trabalho morto, que são os instrumentos e saberes utilizados e que já foram, em algum momento no passado, fruto de um trabalho vivo e se cristalizaram como instrumentos/ferramentas ou como saberes estruturados. Para melhor compreensão desses conceitos, pode-se utilizar um diagrama elaborado por Merhy (2002), em seu livro *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*, no qual relaciona trabalho morto e trabalho vivo aos processos produtivos em geral:



T. M. = trabalho morto.

T. V. = trabalho vivo.

É importante aqui aprofundar a discussão em dois componentes desse processo produtivo: organização e saberes tecnológicos, porque ambos se compõem de trabalho morto e vivo, ou seja, em ambos há uma situação dupla: a presença de saberes tecnológicos quanto organizacionais, produzidos anteriormente e apreendidos pelo trabalhador, sendo, portanto, representantes do trabalho morto. Mas estes sofrem influência do trabalhador concreto, com sua história, habilidades, criatividade e inteligência, que utiliza esses saberes a seu modo, constituindo assim o ato produtivo em si.

Por isso aponto que nessas duas dimensões há uma combinação de trabalho vivo e morto simultaneamente. O grau de liberdade dessa relação é um pouco mais favorável na dimensão do saber tecnológico em relação ao da organização, pois esta tende a ser mais estruturada, mais governada pelo trabalho morto (MERHY, 2002).

Outro conceito importante é o de tecnologia, que é usado aqui para designar todo e qualquer instrumento de trabalho utilizado no processo de produção nos serviços de saúde, sejam esses instrumentos estruturados como saberes, técnicas, organização, normas, sejam eles equipamentos propriamente ditos.

“Este estudo [...] se dedica à análise de uma forma particular de existência da mesma (tecnologia) qual seja a constituída pelo saber e por seus desdobramentos materiais e não materiais na produção de serviços de saúde” (MENDES GONÇALVES, 1994).

Tecnologia, então, deve ser entendida como parte integrante do processo de trabalho. “Até por motivos etimológicos, tecnologia refere-se aos nexos técnicos estabelecidos no interior do processo de trabalho entre a atividade operante e os objetos de trabalho, através daqueles instrumentos” (MENDES GONÇALVES, 1994).

Baseando-se nos vários trabalhos de Merhy (1997, 1998 e 2003), pode-se chegar a uma subdivisão do conceito de tecnologia em três outros, que indicam formas de utilização e sua relação com processos produtivos:

- 1 Tecnologia dura, que se traduz em ferramentas, equipamentos, instrumentos, mobiliário.
- 2 Tecnologia leve-dura, que são os saberes estruturados como os da clínica, da epidemiologia, da odontologia, da enfermagem, que se constituem em uma bagagem de saberes preestabelecidos, utilizados pelos trabalhadores em seu processo produtivo.
- 3 Tecnologia leve, que são as relacionais com as quais o trabalhador conquanto sujeito constrói, de uma forma ou de outra, os encontros com os outros sujeitos, ou seja, as suas relações de intersubjetividade.

O produto final do processo de trabalho pode ter um valor de troca como também um valor de uso. No primeiro caso, o produto poderá ser trocado no mercado por outro produto ou por dinheiro. Assim, e nesse caso, o trabalho vivo, criativo, está comandado pelo modo como se estabeleceram socialmente as necessidades do consumidor, e o trabalhador não tem muita autonomia. No caso do valor de uso, o produto irá satisfazer às necessidades do próprio trabalhador, seja para seu consumo, seja por troca de dinheiro que imediatamente irá satisfazer outra necessidade. Quando o trabalhador produz objetos, “coisas”, a relação com o consumidor não é imediata e direta, mas intermediada pelo mercado. Essa idéia é importante porque na saúde, como veremos adiante, essa relação é basicamente diferente (MERHY, 1997).

Outra questão que se apresenta é que todo trabalhador tem certo nível de autonomia no seu ato de trabalho vivo. Na saúde, esse gradiente de autonomia é bastante amplo e se pode traduzir como autogoverno. No caso dos médicos, esse aspecto aparece com mais força, porque, como já vimos anteriormente, a autonomia é característica inerente à profissão. Em instituições que não as da saúde, as estratégias gerenciais são sempre elaboradas para capturar o trabalho vivo e o autogoverno dos trabalhadores, o que nem sempre acontece principalmente durante processos de mudança. Portanto,

qualquer possibilidade de mexer em processos de trabalho encontra, como parte de seus desafios, mexer com cabeças e interesses e suas

formas de representação como forças que atuam molecularmente no interior dos processos micropolíticos (MERHY. 1997).

## **4.2 O processo de trabalho em saúde**

Esta parte do texto parte do pressuposto de que o trabalho em saúde tem especificidades que o diferenciam de todo e qualquer tipo de trabalho. Uma de suas características é que todo trabalhador tem como objetivo atender às necessidades de saúde do consumidor/usuário, e necessidades de saúde não podem ser apreendidas como matéria, coisas ou objetos; elas são colocadas para conhecimento no momento do encontro entre trabalhador/produtor e o usuário/consumidor. Essa característica leva à outra na qual a produção e o consumo dos atos de saúde ou produtos do trabalho são simultâneos, ou seja, a produção e o consumo se dão no instante do trabalho em ato.

Isto está sendo lembrado para percebermos que tanto os produtores como os consumidores são instituintes de necessidades e atuam com forças no espaço interseção produção/consumo expondo distintamente suas intencionalidades, desejos, necessidades, processos de captura que estejam sofrendo, etc. Portanto, interessa-nos perceber que no processo interseção produção/consumo vai haver um jogo de instituintes entre produtores e consumidores no próprio ato de produção, que os põem em confronto, nem sempre conflituoso, a partir de distintos formatos de necessidades – tanto como carência como potência – e também de distintas formas de satisfazê-las. Por exemplo, o produtor de ações de saúde pode estar em busca de dinheiro, mas o consumidor estará sempre, bem ou mal atrás de defender um “bem”, a sua saúde, que lhe diz respeito quanto a sua capacidade de caminhar pela vida, com uma certa qualidade (MERHY, 1997).

Outra característica é a presença sempre muito forte do trabalho vivo nos processos produtivos em saúde, abrindo possibilidades múltiplas de capturas e não-capturas desse pelo trabalho morto das organizações, das normas e dos saberes estruturados. Paradoxalmente, essa característica aumenta potencialmente a possibilidade de autonomia do trabalhador que pode ou não ser favorável ao usuário no atendimento de suas necessidades e, ao mesmo tempo, abre brechas no processo de trabalho para se instalar novos procedimentos com base em tecnologias leves que possam aprimorar e dar mais resolutividade e qualidade a esses espaços intercessores trabalhador/usuário. Assim, é o trabalho vivo que pode, também potencialmente, produzir dúvidas e questionamentos sobre a direcionalidade dos modelos de assistência à saúde instituídos e se tornar um processo instituinte sempre em movimento. O termo “potencialmente” usado revela que o trabalho vivo também pode estar aprisionado pela lógica institucional e suas normas e interesses, pelos procedimentos, pelas máquinas e por outras ordens de trabalho morto que não permitem esse movimento.

Na saúde, há sempre possibilidades de “fugas” aos processos instituídos das organizações, dos serviços e dos saberes estruturados; isso pode ser bom ou ruim, dependendo do compromisso ético-político de cada trabalhador e da direção institucional. Nesse sentido, há que se tornar mais público ou menos privado esses compromissos e direcionalidades, de modo a possibilitar um controle por parte do “coletivo interessado” dos processos produtivos em saúde.

O processo de trabalho em saúde, em comparação com outros processos produtivos, como, por exemplo, o de uma fábrica, está sempre aberto no sentido do aproveitamento e da utilização das subjetividades dos integrantes do processo, sejam eles trabalhadores com sua bagagem tecnológica, sejam usuários com suas necessidades de saúde.

O trabalho em saúde não pode ser globalmente capturado pela lógica do trabalho morto, expresso nos equipamentos e nos saberes tecnológicos estruturados, pois o seu objeto não é plenamente estruturado e suas tecnologias de ação mais estratégicas se configuram em processos de intervenção em ato, operando como tecnologias de relações, de encontros de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados (MERHY, 1997).

Nesse sentido, todos os trabalhadores são capazes de atuar com sua bagagem de tecnologias leves, e efetivamente assim o fazem, de uma maneira ou de outra, indo ao encontro ou não das necessidades de saúde e dos interesses colocados pelos usuários. Construir e implantar modelos que tenham como principal objetivo a assistência integral, comprometida com as necessidades de saúde dos usuários, passa necessariamente por comprometer eticamente o trabalhador na sua atuação cotidiana ante a esse objetivo, preservando sua autonomia e sua capacidade inventiva diante das singularidades que se apresentam na sua relação com o usuário.

Como o médico ainda é muito central nos processos produtivos em saúde, essa exigência se coloca de forma fundamental, principalmente quando se leva em consideração a importância da relação médico-paciente como ferramenta terapêutica.

### **4.3. O processo de trabalho dos médicos**

#### **4.3.1. Os médicos e o Programa de Saúde da Família (PSF)**

A partir deste ponto do trabalho, passo a utilizar o produto das entrevistas para analisar e exemplificar o processo de trabalho dos médicos em serviços de atenção básica da Rede Municipal de Saúde de Belo Horizonte. O que é apresentado aqui é uma visão do PSF, valendo-se das entrevistas realizadas com médicos e gerentes, sem, portanto, nenhuma intencionalidade de avaliar o programa em Belo Horizonte.

Primeiramente, é necessário contextualizar o momento atual da Secretaria Municipal de Saúde, que está em franca consolidação da implantação do Programa de Saúde da Família em todas as suas unidades básicas; portanto, com todos os seus trabalhadores envolvidos nas mudanças do processo de trabalho. Especificamente em relação aos médicos, houve mudanças radicais nesse processo, principalmente no nível organizacional. Os que aderiram inicialmente ao PSF tiveram que optar pela atuação como médicos generalistas com carga horária de 40 horas semanais. Em um segundo momento, abriu-se a possibilidade de cada um atuar na sua especialidade de formação (clínica geral, pediatria, gineco-

obstetrícia), inserindo-se no PSF como médicos de apoio e dando retaguarda na sua clínica específica aos médicos generalistas.

Hoje são 491 equipes de PSF implantadas com médicos generalistas (dados de fevereiro de 2004) e 410 médicos nas especialidades básicas (dados de agosto de 2003), atuando em Belo Horizonte. Para montar esse total de equipes, foi necessária a contratação de grande número de médicos para atuar como generalistas, muitos deles recém-formados; esse fato é causa e consequência da alta rotatividade de profissionais na rede e da heterogeneidade de conhecimento técnico e sobre o funcionamento da rede pública de saúde.

O PSF é um proposta nova, mas sem pessoas capacitadas para tal [...]. Muitos médicos com contratos administrativos. Há muita heterogeneidade de conhecimento e experiência [...] Discutir (a assistência) com quem já está na rede é diferente de discutir com quem chegou agora (gerente 4).

Dados da Gerência de Recursos Humanos da SMSA-BH mostram que, comparando os dados de março de 2002, quando se iniciou a implantação das equipes de PSF, dos 89 médicos efetivos, que aderiram ao programa, 73 permaneciam nas equipes em setembro de 2003, e, dos 78 médicos contratados, 31 permaneciam nas equipes nas mesmas datas. Comparando os dados do primeiro ano de implantação, verifica-se que, dos 132 médicos efetivos em setembro de 2003, 110 já faziam parte das equipes em setembro de 2002, o que apresenta uma rotatividade de 17%, e, dos 332 médicos com contratos administrativos, 113 já compunham as equipes em setembro de 2002, perfazendo uma rotatividade de 66% nesta última categoria.

A implantação do PSF em Belo Horizonte se deu de forma rápida e abrangente com formação de grande parte das equipes necessárias para a cobertura de 75% da população e ocorreu no primeiro e no segundo ano após o início do processo. Nas entrevistas com os médicos, pode-se perceber uma insuficiência de informação sobre o programa e, até mesmo, descrença na possibilidade de mudança e desistência dos médicos que aderiram inicialmente.

“Não acredito no PSF [...] O PSF é um desrespeito com o médico e o paciente” (médico 1). “A implantação do PSF foi atropelada. Quem fazia 8 horas se sentiu na obrigação de entrar no PSF [...]. Cheguei a atender crianças, mas sem apoio. Então me desgostei do PSF e me desliguei (médico 2)”. “O PSF foi apenas informado [...] A ‘ponta’ não fala” (médico 4).

Em apenas uma entrevista, foi dito que o processo foi discutido com toda a equipe e a implantação foi gradativa, o que pode apontar para possíveis diferenças na condução gerencial de nível local na implantação do programa.

Essas falas também apontam para um paradoxo ou incoerência do processo, porque todos os gerentes colocaram a importância do médico na qualidade de ator para o sucesso ou não do programa. Pode-se perceber, ao mesmo tempo, um baixo investimento institucional para envolvimento dos médicos no processo. Nesse sentido, a iniciativa institucional foi promover um curso de capacitação para a equipe de PSF organizado e conduzido pelas Faculdades de Medicina e Enfermagem da UFMG, mas ao qual nem todos tiveram acesso ainda. Mesmo em relação a esse investimento, há críticas por parte dos médicos. “É uma vergonha a

forma como os profissionais estão sendo treinados. Apenas 10 aulas para capacitar o generalista como ginecologista.”(médico 1). Outros dois médicos entrevistados, que fizeram o curso, apontaram como positiva a sensibilização à saúde pública que o curso proporciona, mas que não foi suficiente para fixá-los na função de médicos generalistas (esses dois médicos se desligaram do programa e atuam hoje como apoio nas clínicas de origem).

De fato, as mudanças ocorridas nos processos de trabalho e relatadas nas entrevistas se relacionam aos médicos generalistas que devem atender no acolhimento<sup>4</sup>, trabalhar em horário integral, fazer visitas domiciliares e participar de atividades coletivas, mas para todos a principal atividade a ser executada é um número predeterminado de consultas individuais.

“Minha principal função é atender 12 consultas” (médico 1). “Minhas atividades são atender no acolhimento de manhã e consultas agendadas à tarde” (médico 3). “Minha principal função é atender 12 consultas todos os dias” (médico 2). “Não sobra muito tempo para outros tipos de atividades” (médico 4).

Um dos entrevistados (médico 3) aponta que o fato de trabalhar em horário integral facilita a construção de vínculos com a população adscrita. Relata ainda como positiva a possibilidade de capacitação dos médicos das clínicas básicas organizada na unidade onde trabalha.

---

<sup>4</sup> Acolhimento é uma forma de organizar os serviços, de modo a possibilitar receber e ouvir as queixas de todos os usuários que chegam nas unidades de saúde e dar respostas adequadas, encaminhando-os para consultas e ou para outras atividades na unidade ou fora dela.

#### 4.3.2 Os médicos e suas tecnologias de trabalho

É importante salientar e entender que as repostas dadas sobre o trabalho e suas condições de execução são representações elaboradas pelos entrevistados, e, nesse sentido, não são propriamente o processo de trabalho. O que as respostas oferecem para estudo são as representações de cada agente do seu processo de trabalho (MENDES GONÇALVES, 1994).

Numa primeira visão mais panorâmica das entrevistas realizadas, podemos perceber que, apesar da instituição estar em processo de mudança do seu modelo de assistência (ou assim é anunciado e entendido pelo seu nível diretivo), as respostas demonstram que houve poucas diferenças no modo de trabalhar dos médicos, a não ser pelo fato de estarem presentes na unidade por oito horas (os generalistas) e de atender a outras clínicas além de sua formação original.

“Não mudou minha forma de trabalhar [...] desconheço o PSF nesta unidade [...] Não tenho tempo de participar de outras atividades” (médico 1). “A educação em saúde é uma atividade a ser feita no futuro, ainda não tenho tempo de fazê-la” (médico 3). “A minha função é o atendimento de consultas. Não sobra tempo para outros trabalhos” (médico 4). “Grupo de desnutridos? Quando tem tempo, a gente faz.[...] Mudou pouca coisa na minha rotina. Queria ir às casas das pessoas e educar, mas não posso pela questão da produtividade” (médico 4).

Nas observações participantes, foi possível verificar que os médicos passam a maior parte do tempo dentro de seu consultório, saindo apenas para pegar novos prontuários. O médico 1 não saiu de seu consultório em nenhum momento. O tempo gasto com as consultas ficou entre cinco a vinte minutos, no que diz

respeito aos três médicos observados. Não foi possível medir o tempo do médico 2, porque, ao chegar à unidade no dia marcado para a observação, ele já tinha atendido a todas as consultas agendadas. Não foram detectadas ou observadas conversas entre os profissionais da equipe em todas as observações feitas.

As mudanças mais profundas ocorridas no processo de implantação do PSF e apontadas pelos gerentes são relacionadas aos médicos que optaram pelo atendimento como generalistas, ou aos que foram recém-contratados para essa função, e são de caráter organizacional, como a participação no acolhimento, em grupos operativos, na realização de visitas domiciliares e nas ações de vigilância à saúde, traduzida como conhecimento mais aprofundado da população sob a responsabilidade da equipe. Mesmo assim, há contradições nas falas dos gerentes quando descrevem as atividades dos médicos.

Os médicos da equipe têm mais visão de saúde pública, não trabalham só com a doença, participam dos grupos [...] A escuta do sofrimento não é fácil. Por isso estabeleci parâmetros: 12 consultas pela manhã e 12 consultas à tarde [...] Nem todos querem trabalhar com saúde pública, não tem perfil, e não sei por que estão aqui durante oito horas (gerente 2).

Ainda de forma panorâmica, não se detectam falas relativas à incorporação de estratégias que pudessem mudar a bagagem de tecnologias leves dos médicos, que são as que determinam mudanças no processo de trabalho de modo a garantir outros pressupostos do PSF, como a responsabilização e o vínculo. Vínculo deve ser entendido aqui como um recurso terapêutico. Terapêutica, por

sua vez, é parte essencial da clínica que utiliza meios adequados para curar, aliviar a dor, reabilitar, prevenir danos.

Não se trata, portanto, de uma preocupação humanizadora, mas também do estabelecimento de uma técnica que qualifique o trabalho em saúde.[...] Vínculo [...] é algo que liga as pessoas, indica interdependência, relações com linhas de duplo sentido, compromisso dos profissionais com os pacientes e vice-versa [...] O vínculo começa quando esses dois movimentos se encontram: um demandando ajuda, outros se encarregando desses pedidos de socorro (CAMPOS, 2003).

Esses pressupostos são definitivamente dependentes de habilidades na construção das relações entre o trabalhador-médico e o usuário-doente.

Exemplificando esse aspecto, relato a seguir uma fala de um dos entrevistados e sua atitude durante o atendimento a um paciente:

Minha relação com o paciente é razoável [...] Tenho interesse e gosto de estudar. Tenho que melhorar o conjunto. Tenho que melhorar o que todo médico tem que melhorar: não ter pressa, ser mais cuidadoso. A mola mestra é o interesse. Tenho que melhorar como pessoa e a relação com o restante da equipe (médico 1).

A seguir, um atendimento a uma gestante, feito pelo mesmo médico:

Paciente: Tenho um tanto de coisas para perguntar para o senhor.  
Médico: É a primeira consulta de pré-natal?  
P: É. Na outra consulta, o médico não veio. Já tive um aborto (a paciente mostra os exames).  
M: Ainda não tomou vacina. Data da última menstruação foi 2/12/02. (Anota dados no prontuário e no cartão de pré-natal). Data provável do parto é 12/09.  
P: Queria saber umas coisas.  
M: Só um minuto (continua anotando dados).  
P: Tenho dor de cabeça e enjôo.  
M: Como é sua alimentação? (Explica como deve ser a alimentação para evitar enjôos e esclarece que as causas do enjôo podem ser emocionais e de adaptação aos hormônios).  
O médico inicia o exame físico.  
P: Ter corrimento é normal?  
M: Se não for infeccioso, é normal. No máximo, é uma candidíase. Vou te dar um creme e vamos acompanhar.

P: O que é?  
M: É um fungo.  
Acaba o exame físico, que foi minucioso.  
P: Toxoplasmose é o quê?  
M: É uma infecção. Você já teve e não sabe. É grave na gravidez.  
P: Ela vem de novo?  
M: Não.  
P: Tem que fazer massagem no peito?  
M: Pergunta para a enfermeira quando ela for te atender.

O médico prescreve um medicamento e explica como usá-lo. Fornece também um pedido de ultra-som, com a orientação de para fazê-lo em clínica particular, porque o SUS só o faz quando tem indicação. Termina a consulta e o médico reclama da quantidade de papéis a serem preenchidos (diário de campo/observação participante/médico 1).

O médico, nesse caso, usou de forma adequada o seu principal instrumento de trabalho, a clínica, como tecnologia leve-dura, fazendo um exame físico completo e dando orientações corretas sobre o quadro da paciente, não merecendo, à primeira vista, nenhuma crítica. Mas, com um olhar mais aprofundado, pode-se perceber que ele deixou de fazer perguntas importantes para entender e atender às suas reais necessidades. Não foi indagado à paciente o que ocorreu na primeira gravidez que resultou em aborto, sua idade, o estado civil, a profissão e como ela se sentia em relação à gravidez. A paciente tinha 17 anos e era solteira (as perguntas foram feitas por mim ao final da consulta). Toda iniciativa de fala da paciente era interrompida por uma resposta do médico, nem sempre inteligível para o seu nível de compreensão cognitiva. As perguntas que devemos fazer perante esse relato são: em quanto essa consulta foi satisfatória em relação às

necessidades da paciente? A clínica, da forma como foi utilizada, foi suficiente para dar conta dessas necessidades? Construíram-se vínculos? Houve alguma indicação por parte do médico de que ele iria se responsabilizar pelo acompanhamento da paciente durante toda a gravidez?

Mendes Gonçalves (1994), em seu trabalho “Tecnologia e organização social das práticas de saúde”, relata as mesmas características das consultas dos médicos.

A exploração das características psicológicas, psicossociais, culturais, sociais, familiares, enfim, de tudo o que pudesse permitir uma reconstrução – parcial que fosse – das condições de vida do cliente, quer com fins diagnósticos, quer com a finalidade de contextualizar a terapêutica, são absolutamente ausentes do modo de trabalhar do (médico) consultante (MENDES GONÇALVES, 1994).

Podemos dizer que, nesse caso, o trabalho vivo, sempre presente, ficou subjugado pelo trabalho morto retratado nos documentos, nos prontuários, nas condutas preestabelecidas, nos exames, e no uso da tecnologia leve-dura expressa nos saberes estruturados da clínica, deixando poucas chances de escape para o aparecimento de singularidades e da subjetividade de ambos os atores em cena.

De um modo geral, a observação de outras consultas aponta para a dificuldade do médico em trabalhar na falta de uma queixa formalizada. Ou seja, a dificuldade de se elaborar uma história (queixa, duração) leva à seleção de uma queixa específica, e, a partir daí, faz-se uma série de perguntas estruturadas e

esclarecedoras que exigem respostas monossilábicas (sim/não) que sustentam todo o processo, que tem como finalidade única o diagnóstico.

O trabalho de produção de diagnóstico determina-se então como trabalho de identificação da doença, e à medida que esta se delimita no exclusivo espaço biológico universalizado do corpo, é possível dizer que o trabalho de identificação da doença determina-se como trabalho de abstração das demais determinações que incidem sobre o corpo [...] Cada doença se expressando nas pontas dos fios de seus múltiplos processos anatômicos e fisiológicos, por um possível e relativamente variável conjunto de sinais e sintomas, alguns dos quais motivará o comportamento do paciente de buscar o trabalho médico. Diante da queixa expressa pelo paciente se estará, portanto, diante de uma das pontas daqueles fios: um começo, nada mais, do caminho de volta, em que detalhadamente obtida a história, discriminando suas características peculiares, interrogando o corpo pelas técnicas desarmadas [...] do exame físico, buscado os antecedentes significativos, chegar-se-á as hipóteses diagnósticas. Apenas no instante em que é expressa, portanto, a queixa revela do conjunto complexo de fenômenos que especifica a realidade própria de cada indivíduo, no instante seguinte, em que o médico a ouve, já não é mais o paciente que fala, mas a doença através dele, posto que o sintoma e o sinal são da doença e não do doente (MENDES GONÇALVES, 1994).

Após a elaboração do diagnóstico, inicia-se outra etapa do processo de trabalho médico que é o da conduta que se resume, na maioria das vezes, a uma receita de medicamentos ou a pedidos de exames laboratoriais, que podem assumir o papel de únicas respostas e solução final para o processo de diagnóstico e para a doença, mas não necessariamente para o usuário e suas necessidades.

Além das tecnologias duras utilizadas, como os equipamentos e os formulários, a clínica é o principal instrumento de trabalho do médico e é classificada como tecnologia leve-dura. Mas que clínica é esta praticada nos serviços de saúde hoje? Mendes Gonçalves (1994) em seu trabalho já citado, faz alguns questionamentos e aponta características dessa “nova” prática clínica:

Em que consiste então esse modelo tecnológico no qual a queixa se substitui à história e ao exame clínico e os reduz a procedimentos fechados de caráter dicotomizante [...] e em dez minutos conduz à terapêutica? [...] A prática verificada [...] não é neste sentido, um desvio, uma medicina clínica mal feita, mas é outra prática [...] Apenas não chegou o momento histórico em que a corporação médica encontre condições plenamente adequadas para que a nova prática seja codificada às últimas consequências, conceptualizada e legitimada, mas há uma prática médica operando que não é a clássica prática instrumentalizada pela clínica. [...] Ocorre às vezes de o cliente escapar ao processo de acuação em que consiste esse jogo queixa/conduita e apresenta o 'resto' do que lhe parece o seu problema, isto quando o seu problema inteiro não é posto de lado, e se estabelecem uns curiosos diálogos de surdos, quase surrealistas.

O que estamos querendo apontar são possíveis lacunas nas tecnologias leves e duras utilizadas, que não dão conta das singularidades, da subjetividade do usuário com suas necessidades. A clínica como tecnologia é muito importante e necessária, mas é preciso que se agreguem a ela outros saberes que a completem e permitam a compreensão do sujeito/doente como tal, apontando para ações mais eficientes que possam solucionar o problema do sujeito na qualidade de indivíduo e na qualidade de parte de um coletivo. É nesse campo ou espaço que operam as tecnologias leves ou as que permitam estabelecer outros patamares na relação médico-paciente para além da clínica, levando ao vínculo e à responsabilização.

Quais outras tecnologias, ou quais outros saberes estruturam ou deveriam estruturar a prática médica em serviços públicos de saúde? Mendes Gonçalves (1994) aponta para a desejável possibilidade da assistência médica estar subordinada à lógica epidemiológica, que, por princípio, tem como objeto o

interesse coletivo, e descreve uma relação dialética entre as duas racionalidades tecnológicas de trabalho.

A mais expressiva característica da epidemiologia por contraste com a clínica, no que diz respeito à racionalidade tecnológica do trabalho, reside na capacidade da primeira de gerenciar a segunda, enquanto o inverso não é verdadeiro (MENDES GONÇALVES, 1994)

Nas entrevistas, não aparecem evidências de utilização da ferramenta epidemiológica pelos médicos, por falta de acesso à informação, aos dados ou às análises epidemiológicas da população que assiste, ou por não ter necessidade desse saber para a execução de seu trabalho, que se consiste basicamente em consultas individuais. Aparecem falas explícitas como:

“Não tenho informações da população que eu atendo” (médico 1). Ou respostas pouco precisas como: “Estudei o perfil da população no curso da UFMG. Os dados da população influenciam a prática através do conhecimento da realidade e do ambiente de cada pessoa” (médico 4).

Se a epidemiologia é uma tecnologia a ser obrigatoriamente utilizada em serviços cujo principal objetivo é a saúde coletiva, o mesmo não pode ser dito em relação à assistência médica individual, mesmo se essa acontece em serviços públicos de saúde. A prática epidemiológica tem como objeto a doença e sua expressão em uma comunidade e os meios de combater eficientemente essa doença, e, nesse sentido, as decisões tomadas terão sempre razões políticas e ou econômicas.

Mendes Gonçalves (1994) assinala a importância da integração entre os dois saberes, mas aponta os empecilhos e as dificuldades para que essa integração possa acontecer.

Como, porém, as ações epidemiológicas e as ações clínicas não se reduzem a meros atos técnicos, a possibilidade de normatização dos procedimentos clínicos, a partir de critérios epidemiológicos, esbarra nos determinantes sociais dessa divisão das práticas de saúde e via de regra a integração é limitada. Integrar significa impor ao ato clínico decisões que não necessariamente se orientam para solução do caso individual conforme os parâmetros clínicos. Aparentemente a renúncia a esses parâmetros é inviável e não apenas por motivos éticos, mas também pelo significado do consumo do ato clínico enquanto tal para o doente e pelo significado correspondente da execução do ato clínico para o médico, em termos da manutenção da sua autonomia e dos significados sociais da mesma para ele (MÉNDES GONÇALVES, 1994).

Em que nível se entrecruzam ou deveriam se entrecruzar em um Centro de Saúde as práticas médicas instrumentalizadas pela clínica e as outras atividades instrumentalizadas pela epidemiologia e de interesse mais coletivo? A resposta mais provável é que elas não se cruzam. Os interesses mais coletivos da unidade de saúde são externos às práticas médicas. Os médicos não conhecem e ou não utilizam o instrumento epidemiológico, mesmo porque o que é exigido dele são consultas individuais e produtividade.

Mesmo nas falas dos gerentes que são planejadores locais de ações assistenciais há poucas referências da utilização de dados epidemiológicos para o planejamento. Na verdade, todos apontaram para o maior peso administrativo de suas tarefas, como garantir o funcionamento da unidade, a programação de material, a administração de recursos humanos.

Outra questão a ser levantada em relação à bagagem tecnológica do médico são as informações de que dispõe para realização de seu trabalho. Ou seja, como a informação sobre o sistema de saúde, os projetos, as mudanças, as normas, a

disponibilidade de acesso a outros níveis de assistência, a exames e até mesmo informações epidemiológicas ou sobre o seu trabalho chegam até os médicos. Nesse aspecto, tanto os gerentes como os médicos apontam para dificuldades ou estratégias pouco eficazes de fazer circular a informação na unidade de saúde.

“Para saber qual medicamento tem na farmácia do centro de saúde foi preciso brigar muito. Não sou informado do que tem, do que chegou” (médico 1). “Muita informação (do SUS) a gente não tem. Participo pouco das discussões sobre o sistema” (médico 3). “As informações são colocadas no livro de ocorrências do centro de saúde. Temos poucas reuniões de equipe” (médico 2). “Eu tenho que ir atrás das informações. Se eu quiser entrar neste centro de saúde, atender e ir embora, eu posso. Se eu quiser me envolver mais eu tenho que procurar [...] Tem pouca comunicação entre o Distrito e a Secretaria com o centro de saúde [...] Não tenho disponibilidade de participar de reuniões de equipe. São reuniões relâmpago, que não são planejadas” (médico 4).

Todos os gerentes apontam para a dificuldade de se organizar reuniões sistemáticas com toda a equipe da unidade, embora ocorram reuniões com as equipes de PSF em separado.

Fazer chegar a informação (para a equipe) é o mais difícil de fazer acontecer na unidade. As reuniões de toda a equipe não estão acontecendo.[...] O trabalho da unidade tem ficado fracionado: fazemos discussão por categoria (profissional) ou por programa (gerente 2).

### 4.3.3 Autonomia X controle do trabalhador médico

Quanto às respostas dos gerentes sobre a questão das dificuldades e das estratégias para o gerenciamento e o controle do trabalho dos profissionais na unidade de saúde, as mais encontradas dizem respeito às dificuldades em fazer cumprir a carga horária de cada profissional e a certa autonomia do médico em delimitar o seu trabalho.

“Tenho dificuldades para que o médico cumpra certas ordens. Ele estabelece limites para o seu trabalho” (gerente 1). “Falta compromisso com o trabalho [...] Os médicos também não cumprem o horário. Mas tirar o médico da equipe não pode acontecer” (gerente 2).

A avaliação da qualidade do atendimento feito pelo médico não é citada, ou é mencionada de forma superficial e imprecisa.

“Tem muita heterogeneidade de conhecimento e experiência (entre os médicos)” (gerente 4). “É complicado lidar com o médico que não tem a visão humanizada da assistência e do trabalho. Quando se acrescenta R\$250,00 ao salário muda a sua atitude e a relação com o trabalho” (gerente 1). “Meu principal desafio é o estresse da equipe e principalmente do médico [...] Eles (os médicos generalistas) dizem que a qualidade do seu trabalho não é satisfatória” (gerente 3).

Podem ser listados alguns possíveis pontos de controle do processo de trabalho em uma unidade de saúde, como, por exemplo, a pontualidade, a produtividade, a participação em outras atividades e a qualidade técnica do atendimento prestado. Em relação aos três primeiros pontos, parece que a dificuldade maior dos gerentes diz respeito à pontualidade. Sobre o último ponto de controle, ou seja, a avaliação da qualidade do atendimento, parece haver um distanciamento do gerente em relação a sua possibilidade de atuação. Não é sequer mencionada

como atividade própria ou competência da gerência a avaliação da qualidade dos serviços dos médicos, talvez porque isso implique mexer em questões até então intransponíveis, como a autonomia médica em seu ato clínico, ou porque esse aspecto da gerência ainda é “paisagem” para o gerente (o termo “paisagem” pode ser interpretado como um problema para o qual ainda não se vê qualquer tipo de solução).

Essa dificuldade também é relatada em outros trabalhos como o de Mendes Gonçalves (1994).

A introdução de técnicas racionalizadoras (burocratizadas) de controle do processo de trabalho nas organizações médicas corresponde à articulação da produção de serviços médicos com outros tipos de interesses (como os dos consumidores institucionais, privados ou públicos, como os do capital investidos na produção destes serviços) e gera certamente contradições no exercício da prática clínica.

Então, esse dilema ou paradoxo entre controle e autonomia está constantemente presente nos serviços públicos de saúde, que têm, por princípio, interesse na saúde da coletividade e, portanto, como vimos anteriormente, deve estar instrumentalizado pela tecnologia da epidemiologia. Esse tipo de processo de trabalho necessita de alto grau de racionalização e controle. Ao contrário, a prática clínica não permite ou aceita esse controle do processo de trabalho porque é preciso que se conserve certa liberdade no encontro entre o usuário e o médico. Liberdade esta que garante respostas singulares para problemas e necessidades também singulares. Mas, de toda forma, é necessário pensar em alternativas de avaliação do atendimento feito pelos médicos, não como uma forma de intervir

sobre o ato clínico em si, mas de avaliar o impacto da produção médica sobre o indivíduo e sobre a coletividade. Essa avaliação deve gerar questionamentos de modo a não permitir uma “naturalização” de uma prática clínica medíocre nos serviços públicos de saúde.

Concluindo, ao pensar serviços, sistemas e modelos de atenção à saúde comprometidos com a defesa radical da vida, é necessário estabelecer o modo como os trabalhadores desses serviços ou sistemas se comprometem e mudam o seu modo de agir de acordo com esse objetivo. Assim, pensar o trabalho médico nessa perspectiva é compreendê-lo como estratégico para a implantação ou não de projetos com essa premissa. O que ouvimos nas entrevistas e vimos nas observações feitas são serviços, atos, ações voltadas para a produção de procedimentos sem muito sentido, e para a reprodução dos mesmos serviços e processos de trabalho. Não se vê nas falas nem mesmo nas entrelinhas a presença do usuário como instituinte e razão do trabalho a ser executado.

Não se pode dizer que o trabalho ou o seu resultado não tenha qualidade ou nenhum impacto sobre a saúde do indivíduo ou da comunidade, mas ele nos parece insuficiente, tendo em vista o grau de insatisfação dos usuários mostrado em pesquisas, reportagens e reuniões de conselhos populares. Há também um grande sentimento de falta entre os trabalhadores. Mas, indagados sobre o que falta para melhorar o seu trabalho, a resposta é invariavelmente relacionada a

tecnologias duras: exames, medicamentos, material de consumo, maior número de consultas.

Estamos diante de uma crise do paradigma vigente do modo de produção do médico? Talvez, sim. Merhy (1998) responde a essa pergunta da seguinte forma:

Acreditamos que a profunda crise do paradigma que estruturou o modo atual de o médico trabalhar é marcada dentre outras coisas pelo distanciamento que ele teve dos interesses dos usuários; pelo isolamento que produziu sua relação com os outros trabalhadores de saúde; pelo desconhecimento da importância das práticas de outros profissionais e pelo predomínio das modalidades de intervenção centradas na tecnologias duras a partir de um saber estruturado reduzido à produção de procedimentos.

## **5. Os médicos e as possibilidades de mudança**

É necessário mudar? Por que mudar? Na verdade, o que é preciso é transformar o trabalho em saúde para que ele ganhe novo sentido, de modo a garantir acesso, vínculo, responsabilização dos trabalhadores pelos usuários, e ganhos de autonomia do cidadão que procura respostas nos serviços de saúde. De fato, o que os usuários querem, ao procurar um serviço de saúde, é uma solução para o seu problema, que, às vezes, se pode traduzir em uma receita de medicamentos ou pedidos de exames, mas que, na maioria das vezes, seria necessário mais do que essa resposta padrão.

Assim, mesmo quando essas respostas são conseguidas, ainda “sobram” necessidades a serem respondidas. O que pode dar conta desse resto que não é respondido nem preenchido? Os técnicos e os burocratas dos sistemas de saúde ainda têm como resposta ofertar mais do mesmo, ou seja, mais consultas, mais exames, mais medicamentos. Os médicos, no seu modo de produção, têm reproduzido ou reforçado esse tipo de resposta, em nome de sua autonomia e da eficácia, mas ainda distantes dos interesses dos usuários, isolados de um trabalho mais coletivo e multiprofissional, dentro de seu consultório, que os separa de outras modalidades de abordagem em saúde, alimentando-se de uma organização corporativa poderosa, voltada eticamente para si mesma (MERHY, 1998).

Um aspecto interessante desse modo de trabalhar é a mediocrização da prática clínica, inclusive no sentido dos saberes estruturados que

incorpora, pois são tão restritos os seus horizontes, que não dá conta de que atua sobre seres humanos, vivos, subjetivamente produtores de necessidades. [...] Ao mediocrizar a tecnologia leve, submetendo-a à lógica da dura e de uma leve-dura empobrecida, encarecem-se substancialmente as ações de saúde, tanto por incorporar serviços caros e desnecessários, quanto por ser um sistema pouco resolutivo (MERHY, 1998).

Portanto, respondendo à pergunta acima, é por meio de modelos de produção em saúde presididos pelas tecnologias leves, que daremos respostas mais efetivas e completas para as reais necessidades e singularidades dos usuários que procuram os serviços de saúde.

Em relação ao processo de trabalho do médico, quais novos conceitos deveriam ser incorporados à sua prática para se chegar ao desenho pretendido? Primeiramente, é preciso qualificar a clínica, ampliando o seu atual objeto que é o de diagnosticar e curar disfunções biológicas. Para tanto, é necessário colocar o usuário como “sujeito” nessa relação, hoje tão assimétrica, entre o médico e o usuário, levando a um processo clínico mais compartilhado entre o médico (sujeito) e o doente (sujeito) com suas histórias, singularidades e subjetividades. É o que falaremos a seguir sob o título de “clínica do sujeito”. Outro conceito que está ligado ao de qualificação da clínica é o de “cuidado”, que amplia tanto os horizontes de trabalho individual de cada trabalhador como os de serviços e sistemas de saúde. São esses dois conceitos que apresentamos como possíveis respostas ou saídas.

## 5.1. O conceito de cuidado

O campo da saúde, segundo Merhy (2002), não tem ou não deveria ter como objeto a cura ou a promoção e proteção da saúde, mas a produção do cuidado, ou seja, é o lugar de produção de atos, ações, procedimentos e cuidados com os quais pode se chegar à cura.

É importante, inicialmente, aprofundar o conceito de cuidado para além do que possa representar para o campo dos sistemas e serviços de assistência à saúde, para depois reaproximá-lo desse objeto: a produção em saúde. Assim, é preciso primeiramente abordar o conceito de cuidado do ponto de vista filosófico. O que é cuidado então? Podemos dizer que:

Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto abrange mais que um momento de atenção, de zelo, de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização, de envolvimento afetivo com o outro (BOFF, 2002).

Essa mesma linha de pensamento está presente nas reflexões de Ayres (2004), no seu texto “Cuidado e reconstrução das práticas de saúde”, como descrito no seguinte trecho:

Trataremos aqui do cuidado como um constructo filosófico, uma categoria com a qual se quer designar simultaneamente uma compreensão filosófica e uma atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica, isto é, uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade.

Ayres (2004) ainda descreve três possíveis planos de compreensão do conceito de cuidado. O primeiro plano seria o ontológico, conceito esse baseado na obra de Heidegger (1889 – 1976), *Ser e tempo*, em que o cuidado é colocado como parte da essência do ser humano. “Somos feitos e precisamos de cuidado para nossa sobrevivência e manutenção da condição de ser humano” (BOFF, 2002). É através do cuidado e com o cuidado que se pode levar adiante e concretizar qualquer “projeto” do ser humano, ou seja, o homem é quem projeta e, ao mesmo tempo, é o cuidador do seu projeto. Portanto, só tem sentido falar em cuidado na perspectiva de fluxo de tempo, do devir da existência, de uma linha de temporalidade.

Outro nível de compreensão do cuidado, ainda segundo Ayres, é o cuidado como categoria genealógica, conceito esse tomado de Foucault. Esse filósofo, com base em sua investigação sobre microfísica do poder, constrói uma categoria que denomina de “cuidar de si”, valendo-se da história grega:

Por essa expressão é preciso entender que o princípio de cuidado de si adquiriu um alcance bem geral: o preceito segundo o qual convém ocupar-se consigo mesmo é em todo o caso um imperativo que circula entre várias doutrinas diferentes; ele também toma a forma de uma atitude, de uma maneira de se comportar, impregnou formas de viver, desenvolveu-se em procedimentos, em práticas e em receitas que eram refletidas, aperfeiçoadas e ensinadas; ele construiu assim uma prática social dando lugar a relações interindividuais, a trocas e comunicações e até mesmo a instituições; ele proporcionou enfim, um certo modo de conhecimento e a elaboração de um saber (FOUCAULT *apud* AYRES, 2004).

Essas características associadas à necessidade de uma postura ativa relacionada ao cuidado de si estabeleceram uma correlação entre esse e a Medicina. O

conjunto de atividades implicadas com o cuidado de si como dietas, exercícios físicos, sono e vigília, atividade sexual, entre outras, mais o restabelecimento da saúde, são quase todas atribuições prescritivas da Medicina. Foucault mostra o cuidado de si como modo de vida; é fundador de um discurso e práticas médicas ocidentais.

O terceiro plano, e aqui é o que mais interessa, é o conceito de cuidado utilizado como uma categoria crítica às práticas de saúde, sejam assistenciais puramente, sejam de saúde pública. A saúde pública, apesar de teoricamente ter como objeto principal o coletivo, tem cedido lugar a uma prática com uma racionalidade basicamente científica e “suas estratégias reguladoras orientando-se também progressivamente para uma gestão individual dos riscos à integridade e desempenho funcional do corpo” (AYRES *apud* AYRES, 2004).

Esse plano de compreensão do conceito de cuidado é importante neste trabalho, porque é na assistência propriamente dita que se dá o encontro entre o trabalhador e o usuário ou o encontro terapêutico entre o médico e o doente. Encontro esse de fundamental importância para a produção de atos em saúde.

Como já vimos nos capítulos anteriores, o desenvolvimento da Medicina, da clínica e da prática médica e sua excessiva cientifização e sofisticação tecnológica culminaram em um momento de “crise” caracterizada pelo uso indiscriminado de tecnologia, pela fragmentação da atenção ao indivíduo, dividindo-o em órgãos ou

funções, pelo intervencionismo exagerado e por uma banalização ou mesmo desatenção aos aspectos psicossociais e culturais do adoecimento.

Nesse sentido, destaca-se, entre outros problemas, uma progressiva incapacidade das ações de assistência à saúde de se provarem racionais, de se mostrarem sensíveis às necessidades das pessoas e de se tornarem cientes de seus próprios limites (AYRES, 2004).

Na verdade, o que se pode perceber em relação a essa crise de legitimidade da assistência à saúde em seus serviços é um distanciamento da Medicina como ciência e como arte dos interesses e das necessidades daqueles que são o seu objeto de intervenção: o cidadão com seus projetos de vida que requer cuidado.

Dito de outra forma, é como se a terapêutica estivesse perdendo seu interesse pela vida, estivesse perdendo o elo entre seus procedimentos técnicos e os contextos e finalidades práticas que os originam e justificam. Narcísica, a medicina tecnocientífica encantou-se consigo mesma. Não cessa de se olhar no espelho, espelho esse que se desdobra “ad infinitum” mostrando sempre mais à arte como pode ser poderosa com a ciência e à ciência como são ilimitados seus potenciais artísticos.[...] Arte e ciência oferecem uma à outra um enorme poder e, nesse encantamento mútuo deixaram muitas vezes de perguntar: poder de quem, poder por que, poder para quem? (AYRES, 2004).

Assim, ao se pensar em assistência à saúde e em aplicação de toda e qualquer tecnologia visando ao bem-estar físico e mental das pessoas, é importante que a todo plano, projeto, programa ou modelo de atenção esteja incorporado um sentido novo, e esse novo sentido é dado pela presença do usuário como sujeito.

Para isso, é preciso ter claro que algumas respostas serão dadas com a ajuda de outros saberes que não o saber científico ou a tecnociência médica. O conceito de cuidado pode mostrar ou construir novas respostas, a partir do momento em que os profissionais e os serviços de saúde passam a se implicar com o projeto e a

concepção de vida bem-sucedida de cada usuário e se comprometem com a ação necessária para garantir esse projeto.

Então, o cuidado pode ser usado como um conceito que pode reconstruir as práticas de saúde, ou seja, atuar como uma categoria com “potencialidade reconciliadora entre as práticas assistenciais e a vida, ou seja, a possibilidade de um diálogo aberto e produtivo entre a tecnociência médica e a construção livre e solidária de uma vida que se quer feliz” (AYRES, 2004).

O agir em saúde, tendo o conceito de cuidado como pano de fundo, desenvolve espaços de encontros intersubjetivos (trabalhador/usuário) sempre apoiados nos saberes estruturados ou nas tecnologias duras ou leve-duras, mas sem colocar aí um ponto final. Deve tornar o mais simétrica possível a relação entre o usuário e o médico, possibilitando ações terapêuticas mais compartilhadas, gerando autonomia e responsabilização do usuário em relação ao seu modo de levar a vida.

Para possibilitar esse novo agir, é necessário que sejam ultrapassados alguns limites ou racionalidades impostas pelos saberes tradicionalmente utilizados pelos trabalhadores em saúde e, principalmente, pelos médicos. A esses saberes é necessário incorporar novos conceitos, como os trazidos pela Psicologia, pela Sociologia, pela Antropologia e pela Filosofia. Não que isso signifique que os médicos ou outros trabalhadores de saúde devam enveredar por estudos

aprofundados dessas disciplinas, mas os conceitos devem enriquecer e alargar os horizontes da racionalidade biomédica, das ações, dos modelos e dos programas de saúde. Deve-se ter claro que mesmo esses saberes não são suficientes para dar conta da singularidade do encontro entre sujeitos, que é sempre carregado de imprevistos e de acasos.

Outra necessidade é o fortalecimento das redes de conversação presentes nos serviços de saúde que propiciam respostas mais ágeis, mais adequadas para as demandas dos usuários, assim como dos trabalhadores que hoje “se vêem limitados em sua expressão subjetiva por tecnologias instruídas por categorias excessivamente universais, abstratas e rígidas” (AYRES, 2004).

Todos os trabalhadores em saúde, e entre eles o médico, possuem potencial cuidador que deve ser resgatado e colocado como tecnologia leve a ser proficuamente utilizada no encontro trabalhador-usuário. Com base na idéia de núcleos de competência, pode-se dizer que cada trabalhador conta, na sua atuação cotidiana, com três núcleos que se ampliam: o primeiro, núcleo mais central e duro, que é desenhado tendo em vista o problema específico apresentado pelo usuário; o segundo, mais amplo, que representa o saber específico daquele profissional (do médico, do enfermeiro, do odontólogo); o terceiro ainda mais amplo, que é o “núcleo de atividades cuidadoras em saúde” (MEHRY, 2002). Então, todo trabalhador é também um operador do cuidado.

O desafio para a gestão de sistemas e serviços de saúde é construir modelos de atenção que incorporem esses três núcleos, tendo o conceito de cuidado como “ideal regulador” das práticas de saúde, estabelecendo uma relação ótima entre a produção de procedimentos e a produção de cuidado.

## **5.2. A clínica do sujeito**

Tomo, a partir de agora, como principal referência, o trabalho de Campos (2003), intitulado *A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada*. Esse autor propõe uma reconstrução da prática clínica, valendo-se da crítica a uma clínica, hoje hegemônica, a qual denomina de “clínica degradada” em relação a uma “clínica oficial” ou a uma “clínica clínica”. Muitas das críticas feitas no seu trabalho já foram apontadas nos capítulos anteriores e aqui serão retomadas de forma mais sintética. “Clínica degradada” seria a clínica que sofre limitações por questões ou situações externas, como imposições econômicas que interferem na autonomia do médico no sentido apenas de redução de custos, ou de modelos de assistência, em que a produtividade é um imperativo levando a um trabalho médico alienado, através de um atendimento quase padronizado baseado no binômio queixa-conduta.

Portanto há uma clínica degradada por interesses econômicos ou por desequilíbrios muito pronunciados de poder. Toda vez que a

racionalidade clínica é atravessada por outras racionalidades do tipo instrumental ou estratégica, há degradação de sua potencialidade teórica e perde-se oportunidade de resolver problemas de saúde (CAMPOS, 2003).

Mas não se pode perder de vista que a clínica como prática social não está isenta de referências externas, como, além do interesse econômico, os interesses da lógica da política e do poder.

Além disso, a clínica oficial também tem seus limites que não são apenas os pontos desconhecidos na evolução dos processos saúde-doença, como o enfoque excessivamente biológico desse processo com uma desvalorização ou desatenção dos aspectos subjetivos e socioculturais dos indivíduos. A abordagem mais voltada para a doença em detrimento ao indivíduo leva frequentemente a uma fragmentação da assistência, tratando o usuário como um ser composto de partes que apenas teoricamente guardam uma interdependência. As ações médicas visam à cura ou apenas à eliminação dos sintomas ou à correção de lesões anatômicas ou funcionais.

Mas, apesar de todas essas limitações, a clínica ou a Medicina ainda mantém seu poderio sobre a sociedade e continua sendo uma instituição influente e importante, na qual os indivíduos investem afetos e esperanças de uma vida melhor. O que Campos (2003) propõe é uma clínica do sujeito ou uma clínica ampliada. Nela, o sujeito único, particular, ganha nova e fundamental presença.

“Sim, uma clínica centrada nos sujeitos, nas pessoas reais, em sua existência concreta, também considerando a doença como parte dessas existências.” É desfocar a doença, focando o sujeito, mas sem perder de vista a doença, mesmo porque “a doença está lá, dependendo dos médicos e da medicina, é verdade, mas também independente da medicina; dependente da vontade de viver das pessoas, com certeza, mas também independente da vontade dos sujeitos. Está lá, simplesmente, como processo humano de nascer, crescer, gastar a vida, minuar e morrer” (CAMPOS, 2003).

Então, o desafio é este: passar de uma clínica degradada, empobrecida para uma clínica ampliada. Como fazer essa travessia? Primeiro, é necessário ultrapassar os nós críticos que a clínica oficial “não tem conseguido analisar e muito menos resolver” (CAMPOS, 2003). Depois, é preciso articular alguns conceitos que já estão sendo colocados em prática, dando-lhes outros e novos sentidos, como os de equipe de referência, interdisciplinaridade, projetos terapêuticos que aqui ganha um sentido ampliado pelo conceito de cuidado, construídos e partilhados com a equipe cuidadora e, porque não, com o próprio sujeito envolvido e principal interessado.

Essa travessia significa também que a clínica ou a Medicina salte de um mundo estruturado por regularidades e normalizações para outro cheio de imprevisibilidade e incertezas, mas trazendo consigo o saber acumulado. É necessário reconhecer “os limites de qualquer saber estruturado [...] pois obrigaria todo especialista a reconsiderar seus saberes diante de qualquer caso concreto. Sempre” (CAMPOS, 2003).

A teoria de Habermans sobre a Ação Comunicativa pode ser de grande valia para clarear essa travessia. Baseando-se nessa teoria, pode-se dizer que a saúde é fruto da colonização do mundo da vida pelo sistema, ou seja, pela substituição dos processos comunicativos que coordenam a ação dos atores e garantem a reprodução do mundo da vida cujo imperativo é a solidariedade, por mecanismos sistêmicos de controle, cujos imperativos são o poder e o dinheiro, que pressionam para a mercantilização das práticas de saúde, e onde a Medicina se caracteriza pela clínica degradada descrita anteriormente. No agir comunicativo,

os participantes devem se entender uns com os outros sobre algo no mundo objetivo, no mundo social e no mundo subjetivo definindo em comum a situação da ação (referências compartilhadas aos mundos objetivo, social e subjetivo) para que possam realizar seus planos e utilizar as possibilidades de ação abertas pela situação (MELO, 2000).

Traduzindo para as práticas de saúde, pode-se dizer que a ação comunicativa é feita por meio de uma relação entre sujeitos ou de uma relação de intersubjetividade (trabalhador/médico, usuário/doente), mediada pela linguagem que leva a uma construção e realização compartilhada de uma ação (projeto terapêutico), acordado entre dois ou mais sujeitos.

Para que esse agir comunicativo aconteça, também é necessário abrir os canais de conversação entre os trabalhadores das equipes e os dos serviços de saúde, fazendo acontecer uma cultura da comunicação.

E o primeiro passo é quebrar a arrogância pétrea da Medicina com seus doutores e protocolos, que seriam bem-vindos, desde que houvesse espaço para se duvidar deles, para que as equipes agissem apoiado neles, mas duvidando deles (CAMPOS, 2003).

Outras estratégias que potencializassem a comunicação entre os trabalhadores também seriam bem-vindas, como a gestão colegiada, a criação de unidades de produção em cada serviço compostas por equipes multiprofissionais e outras que pudessem facilitar ações cuidadoras, sem diluição de responsabilidades, facilitando a ação diante do imprevisto.

Algumas das características necessárias para a constituição de serviços ou atos de saúde com esse novo sentido podem ser encontradas nas práticas médicas ditas alternativas, que, nas últimas décadas, vêm apresentando grande procura por parte da população. Uma dessas características é assim descrita por Nogueira (1998):

O paciente da medicina holística não tem necessidade de fazer a mágica de acreditar no médico descrendo da medicina. Médico e paciente estão desde o início entrelaçados pela mesma crença fundamental, a despeito de ser reconhecido que um tenha acumulado maior saber do que o outro. A satisfação com essa relação e com o curso terapêutico não depende de nenhuma surpresa ou artifício técnico ou comunicacional. Vem com a espontaneidade dos que falam a mesma língua numa mesma aldeia. A satisfação é construída na relação e não por uma correspondência abstrata com expectativas anteriores do cliente.

Nogueira (1998) ainda aponta para a possibilidade de maior satisfação do usuário que aderiu às práticas alternativas por causa exatamente da relação que se estabelece entre os dois sujeitos: médico e paciente.

A satisfação não deriva apenas de uma racionalidade técnico científica que tende, aliás, a ignorar a dimensão humana envolvida na relação terapeuta/paciente. O sucesso das medicinas alternativas deriva em grande parte da maneira como essas medicinas estabelecem a relação com seus pacientes (LUZ *apud* NOGUEIRA, 1998).

Para finalizar, mas sem aprofundar a discussão, é necessário apontar os responsáveis pela geração dessas mudanças: as escolas médicas e os serviços de saúde. Nas escolas médicas, acontecem já alguns movimentos de mudança, como a reformulação de grades curriculares e a preocupação com a inserção dos alunos nos serviços públicos de saúde como campo de estágio. Mas, além de pensar em novos currículos e disponibilidade de recursos físicos, é preciso tentar responder a algumas perguntas que podem apontar para uma nova (?) missão institucional: que tipo de profissional se quer formar? Como estruturar o modo de aprendizado para formar “novos profissionais” com “novas” competências? É preciso pensar na formação de “novos médicos” para além do conteúdo técnico, “Se se respeita a natureza do ser humano, o ensino dos conteúdos não pode dar-se alheio à formação moral do educando” (FREIRE, 1996).

Para pensarmos sobre alguns dispositivos específicos das escolas médicas (diríamos até das escolas da área da saúde) temos de nos perguntar sobre a marca singular delas, isto é, que tipo de competência queremos construir. E, isto, nos remete ao reconhecimento de que estamos apostando na formação de um profissional que deverá ter a capacidade de dispor de uma ‘caixa de ferramentas tecnológicas’ cujo ‘compromisso – objetivo’ é produzir o cuidado em saúde, visando impactar ‘necessidades’ que os indivíduos e ou os grupos portam e expressam como necessidades de saúde. [...] No caso dos médicos queremos produzir um operador de tecnologias de saúde [...] que tenham competência de gerar e gerir um projeto terapêutico que sirva de substrato para a produção do cuidado médico, em particular (MERHY, 2002).

Mas é nos serviços de saúde que existem hoje as melhores condições para que apareçam e se formem novos profissionais, acreditando que o trabalho também é fonte e lugar de aprendizagem e de formação de sujeitos (CAMPOS, 2000). E é aí, nos serviços de saúde, que está a presença instituinte do usuário. Os serviços

devem investir na possibilidade de formação de sujeitos (trabalhadores) com maior capacidade de análise crítica e de intervenção criativa, fortalecendo sua autonomia, mas sempre compromissada com o atendimento de necessidades de outro sujeito (usuário). Sujeitos menos alienados, mesmo porque não há sujeitos completamente enquadrados pelas instituições e, no caso da saúde, isso é muito verdadeiro. “Sempre haverá brechas, rachaduras e fluxos irreprimíveis” (CAMPOS, 2000).

Por outro lado, e pensando o sujeito médico, é preciso que as instituições deixem de lado o processo de “naturalização” do modo de ser do médico no seu processo produtivo em serviços públicos de saúde. É como se gerentes e gestores considerassem sempre uma “guerra perdida” o lidar com os médicos e sua inquestionável autonomia (autonomia aqui não é apenas a clínica, mas a capacidade de ditar normas sobre a organização de seu trabalho).

As instituições ou os serviços, valendo-se de seus modelos de assistência e formas de organizar o trabalho, podem moldar “novos” profissionais e competências. Ou seja, baseando-se em projetos centrados nos usuários e não na produção de procedimentos, em que se operam basicamente as tecnologias leves, com produção dirigida ao cuidado (MERHY, 2002).

## **6. Considerações finais**

1. Os médicos e sua prática hoje são fruto de condicionantes construídos histórica e socialmente. Portanto, são sujeitos instituídos pela ordem médica e suas escolas, pelas pressões sociais e econômicas, pela sociedade, pela cultura, pelas instituições onde trabalham. Mas, ainda assim, são sujeitos; portanto, donos de sua história e produtores de marcas no mundo e de obras.
2. Há um esforço dos governos e dos gestores de sistemas de saúde para mudar o modo de produção em saúde, que é variável de acordo com os compromissos éticos e políticos de quem governa. Em Belo Horizonte, esse esforço se concretiza na implantação de um modelo de assistência que tem como um de seus eixos o PSF, mas que vai além, comprometendo-se com a saúde integral dos usuários.
3. Esse esforço passa necessariamente pela inserção do médico no processo produtivo dos serviços de saúde, para mudar a sua atuação de modo a provocar maiores gradientes de responsabilização, formação de vínculos, produzindo respostas mais eficazes, o que não ocorre naturalmente apenas com a implantação de “novos modelos”.
4. Portanto, esse esforço passa também pela intervenção no espaço micro do processo de trabalho da equipe de saúde, e dentro dela o do médico,

mudando a sua atuação como sujeito na relação que estabelece com o usuário.

5. Para intervir e levar adiante o processo de transformação, é preciso introduzir na bagagem do médico novos conceitos e tecnologias. Aqui se propõe o conceito de cuidado e um reforço do uso de tecnologias leves.
- 6 Como o encontro terapêutico ou a relação estabelecida entre o médico e o usuário é matéria-prima do trabalho médico e essa é uma relação de intersubjetividades, é preciso, então, colocar em cena o outro sujeito – o doente –, levando a uma prática diferente, reformada, compartilhada e menos assimétrica: a clínica do sujeito.

## 7. REFERÊNCIAS

AYRES, J.R.C.M. *Sujeito, intersubjetividade e prevenção: um ensaio filosófico*. Salvador, 2001. Mimeografado.

AYRES, J.R.C.M. *Cuidado e reconstrução das práticas de saúde*. Interface-Comunicação, Saúde, Educação. V. 14 (prelo), 2004.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. *Recomendações para a organização da Atenção Básica da Rede Municipal* (versão preliminar). Belo Horizonte, 2003.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. *BH-Vida: saúde integral*. Belo Horizonte, 2003.

BOFF, L. *Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela Terra*. Petrópolis: Vozes, 2002.

CAMPOS, F. E.; BELISÁRIO, S. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e educação continuada. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. Botucatu, v. 5, n. 9, ago. 2001.

CAMPOS, G.W.S. *Os médicos e a política de saúde*. São Paulo: Hucitec, 1988.

CAMPOS, G.W.S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, G.W.S. *Saúde paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, G.W.S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. In: CECÍLIO, L.C.O. (org) *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996.

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

CORDEIRO, S. *Hermenêutica e a crise da modernidade*. 1999. Dissertação (Mestrado em Filosofia) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 1999. Mimeografado.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários para a prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1996.

IBAÑEZ, N. ; MARSIGLIA, R. Medicina e saúde: um enfoque histórico. In: *Ciências Sociais e saúde para o ensino médico*. CANESQUI, A.M. (Org.). São Paulo: Hucitec, 2000.

IMMERGUT, E. *Health politics: interest and institutions in Western Europe*. New York: Cambridge University Press, 1992.

JORNAL DO CFM Medicina. Conselho Federal. *Edição conjunta do Conselho Federal de Medicina e Associação Médica Brasileira*, maio/jun. 2003, ano XVIII /143.

LABRA, M.E. Política de interesses na perspectiva neocorporativista: subsídios para o estudo do setor saúde. In: GALLO, E. et al. *Planejamento criativo: novos desafios teóricos em políticas de saúde*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

MACHADO, M.H.; BELISÁRIO, S. A. Os médicos e o mercado de trabalho. In: *Ciências Sociais e Saúde para o Ensino Médico*. São Paulo: Hucitec, 2000.

MACHADO, M.H. et al. *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

MELO, E.M. *Saúde e Intersubjetividade: as possibilidades da ação comunicativa*. Anais do VI Congresso de Saúde Coletiva. Salvador, 2000. Mimeografado.

MENDES GONÇALVES, R.B. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde*. São Paulo: Hucitec-ABRASCO, 1994.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (org) *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E.E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde – uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C.R.(org) *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã, 1998.

MERHY, E.E.; FRANCO, T. *PSF: Contradições de um programa destinado a mudança do modelo assistencial*. Campinas: UNICAMP, 1999. Mimeografado.

MERHY, E.E. *Saúde – a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M.C. O desafio do conhecimento - pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec-ABRASCO, 2000.

NOGUEIRA, R. *A saúde pelo avesso: uma reinterpretação de Ivan Illich - o profeta da autonomia*. 1998. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998. Mimeografado.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. de. *A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

PLASTINO, C. A constituição do sujeito coletivo e a questão dos direitos humanos. In: *Avessos do prazer: drogas, AIDS e direitos humanos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

POLACK, J. *La medicina del capital*. Madrid: Editorial Fundamentos, 1971.

REGO, S. *A formação ética dos médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

SÁ, M.C. Subjetividade e projetos coletivos: mal-estar e governabilidade na organização de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 6: 151-164, 2001.

SCHRAIBER, L.B. *O Médico e seu Trabalho: Limites da Liberdade*. São Paulo: Hucitec, 1993.

SCHRAIBER, L.B. A profissão de ser médico. In: A.M. CANESQUI (org) *Ciências Sociais e Saúde para o Ensino Médico*. São Paulo: Hucitec, 2000.

SOUZA, M.S.L. *Guia para redação e apresentação de teses*. Belo Horizonte: Coopmed, 2002.

TARRIDE, M.I. *Saúde pública: uma complexidade anunciada*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

## 8. Anexos

## Anexo 2

### 1. Roteiro de entrevista com o médico

#### 1 Primeira parte: caracterização do médico.

Nome (iniciais)

Unidade de saúde em que trabalha (caracterizar)

Especialidade

Tempo de formado

Quanto tempo de serviço na Secretaria Municipal de Saúde e na unidade

Tem outro vínculo

Em serviço público ou privado

Ocupou algum outro cargo na instituição

Faz parte de uma equipe de PSF

Já fez o curso de treinamento do PSF na UFMG

#### 2 Segunda parte: descrição do processo de trabalho.

Descreva e comente as suas funções na unidade de saúde.

Você executa alguma tarefa em conjunto com outros profissionais?

Você sabe qual é a sua responsabilidade perante a comunidade que assiste?

O que acha do seu trabalho? É satisfatório?

O que você aponta como necessário para melhorar o seu trabalho neste centro de saúde?

O que você acha de trabalhar em serviço público de saúde ?

#### 3 Terceira parte: o médico e a instituição.

O que você sabe sobre o SUS? Qual é a sua opinião?

Qual o seu papel enquanto médico na viabilização de um projeto de governo ou de uma política de saúde?

Em relação ao PSF, o que você sabe, como estas informações foram discutidas aqui na unidade de saúde?

Até que ponto estas informações influenciam ou determinam o seu modo de trabalhar aqui na unidade de saúde? O que o PSF mudou na sua rotina de trabalho aqui na unidade?

#### 4 2. Entrevista com o Gerente de unidade básica de saúde

Primeira parte: caracterização do gerente

Nome (iniciais)

Centro de Saúde

Formação de Base

**Formação específica em gerência de saúde**

Exerceu alguma outra função na instituição?

#### 5 Segunda parte: descrição do processo de trabalho.

Descreva e comente sobre as suas funções na unidade que gerencia

#### 6 Terceira parte: relação com os recursos humanos e com os médicos.

Qual a sua principal dificuldade em relação ao gerenciamento dos seus recursos humanos?

Quais são as atividades ou funções dos médicos nesta unidade de saúde?

Qual é a participação dos médicos nas atividades do centro de saúde? Quais os recursos que você utiliza para que o médico participe de atividades coletivas da unidade?

No processo de implantação do PSF: em que medida o trabalho médico influencia no sucesso deste programa? O que mudou no processo de trabalho do médico depois da implantação do PSF?

Qual a metodologia que você utiliza para repassar informações, discutir mudanças na unidade e mudanças na forma de trabalhar dos médicos?