



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em

Saúde Coletiva

Brasil

Gariglio, Maria Terezinha; Leite Alves Radicchi, Antônio
O modo de inserção do médico no processo produtivo em saúde: o caso das unidades básicas de
Belo Horizonte
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 13, núm. 1, janeiro-fevereiro, 2008, pp. 153-163
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63013119>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

O modo de inserção do médico no processo produtivo em saúde: o caso das unidades básicas de Belo Horizonte

Ways of inserting physicians into the healthcare production process:
case of study of basic healthcare units in Belo Horizonte, Brazil

Maria Terezinha Gariglio ¹
Antônio Leite Alves Radicchi ²

Abstract *The main purpose of this paper is to describe and analyze the ways of inserting physicians into the health production process. This subject is justified by a belief that that this way of working may be a problem but at the same time may well be the key to implementing healthcare models that are ethically and politically committed to the lives of public health system users. Initially, the problem is presented through the construction of an archetype physician and his historical and social and cultural conditioning factors, taking the work processes of physicians at Basic Healthcare Units in Belo Horizonte as an example that is built up through interviews and participative observations. Some possibilities for intervention are indicated through the introduction of new concepts and technologies that could transform the work of these practitioners in ways that would build up links with more responsibility for the care and lives of users of public healthcare services.*

Key words *Medical work, Working process, General practice, Subject, Care*

Resumo *O objetivo desse trabalho é descrever e analisar o processo de trabalho ou o modo de inserção do médico no processo produtivo em saúde. O tema se justifica pelo entendimento de que esse modo de trabalhar possa ser um problema e ao mesmo tempo uma chave que possibilite a implantação de modelos de assistência éticamente e politicamente comprometidos com a vida dos usuários dos sistemas públicos de saúde. A descrição do problema começa pela construção do arquétipo médico e seus condicionantes históricos e socioculturais; toma como exemplo o processo de trabalho dos médicos em unidades básicas de saúde em Belo Horizonte construído através de entrevistas e observação participante e aponta algumas possibilidades de intervenção através da introdução de novos conceitos e tecnologias capazes de transformar o trabalho desses profissionais de modo a garantir a formação de vínculos e de maior gradiente de responsabilização pelo cuidado e pela vida dos usuários que procuram os serviços públicos de saúde.*

Palavras-chave *Trabalho médico, Processo de trabalho, Clínica, Sujeito, Cuidado*

¹ Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.
Av. Afonso Pena 2336/12º andar, [Funcionários].
[30130 007] Belo

Horizonte MG.

mtgariglio@hotmail.com

² Departamento de Medicina

Preventiva e Social,

Faculdade de Medicina,

Universidade Federal de

Minas Gerais.

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. Momentos de crise nos remetem à possibilidade de estarmos a meio caminho de mudanças paradigmáticas. É no campo da saúde e principalmente na vertente da saúde coletiva que se pode perceber com mais intensidade os sinais de possíveis mudanças paradigmáticas¹.

A crise vivenciada por este campo do conhecimento humano se caracteriza por problemas que passam pelo entendimento e construção do conceito de saúde, que oscila entre a visão biológico-mecanicista da saúde e doença, ao entendimento da saúde como um estado de equilíbrio do ser humano na sua vida e na sociedade onde vive, além das questões sociais e econômicas que são determinantes para o estabelecimento de políticas no contexto da saúde pública. *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*². A crise da saúde pública pode ser melhor compreendida à luz da teoria da complexidade. A característica mais definidora desta teoria é a da não-linearidade entre causa e efeito, que abre a possibilidade de aceitação de paradoxos antes intolleráveis pela ciência convencional. A partir desta teoria, a crise da saúde pública pode ser entendida como um emaranhado de aspectos históricos, econômicos, sociais, políticos e morais que são causas e ou consequências dos problemas encontrados e que se potencializam mutuamente. A saúde, portanto, é geradora e é operada em ambiente de grande complexidade. Dentro 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 médicos voltados para a cura.

Além disso, a sociedade hoje vive em um contexto de déficit de ideais transcendentes, de exacerbação do individualismo, de desregulamentação, de exclusão social e intolerância crescentes, que se traduzem no Brasil não só como deterioração da qualidade dos serviços e aumento na desigualdade de acesso, mas como crescente banalização da dor e do sofrimento alheios³.

Apesar da presença de todos estes elementos da crise da saúde pública na realidade brasileira, pode-se perceber a existência de vários movimentos geradores de mudanças. No nível macro es-

trutural está todo o esforço da reforma sanitária brasileira em alcançar as mudanças desejadas, culminando com o estabelecimento do arcabouço jurídico-legal do SUS. Mais recentemente, e com certeza oportunamente, os esforços governamentais têm-se voltado para as questões de caráter mais microestrutural: a reorganização dos serviços de saúde da ponta do sistema e, consequentemente, a mudança de seu processo de trabalho. Este esforço se traduz, hoje, na implantação ampla do Programa de Saúde da Família em todo o Brasil. Mas, apesar do consenso em torno destes projetos considerados progressistas, os resultados obtidos na assistência a saúde do usuário, objetivo primordial de todos eles, ainda são muito aquém do esperado e do desejado.

É neste contexto da saúde pública que se insere o problema apontado, ou seja, qual o papel do médico nestes processos de mudanças enquanto um ator estratégico tanto pela sua centralidade na organização dos serviços de saúde, sua legitimidade técnica e sociocultural perante a população e equipe, quanto pela grande autonomia no seu processo de trabalho. Os médicos, por estas mesmas características, são também atores ou sujeitos com grande potencialidade para gerar mudanças. Então, a reflexão apresentada neste trabalho tem como ponto de partida um paradoxo em relação ao trabalho e profissional médico assim expresso por Merhy⁴: *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”. Estas são falas muito freqüentes entre gestores e gerentes de sistemas e serviços públicos de saúde. 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 um problema é preciso antes perguntar o que ali se diz. Problema é uma situação que é percebida como 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*⁵. Esse mesmo autor nos 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, fal-

tam ainda a explicação e a indicação de uma possível solução. Então é preciso descrever o problema para superá-lo.

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.

Este trabalho se propõe a aprofundar a compreensão deste problema e apontar possíveis soluções. Neste sentido, é preciso delimitar com maior precisão o problema que se apresenta. Pode-se dizer que o problema não é o médico em si, mas a maneira como se comporta ou se insere no processo de trabalho em serviços públicos de saúde.

Para a descrição do problema é preciso, inicialmente, caracterizar o médico, valendo-se dos condicionantes que o moldam como um ator social e sujeito, e a prática médica como resultante destes mesmos condicionantes. A construção do arquétipo médico tem como pilares importantes a compreensão das correntes filosóficas que formataram a medicina como ela é hoje, dos paradigmas da clínica e da formação acadêmica, do entendimento do mercado como determinador de demandas de consumo e de produção em saúde, do corporativismo da classe médica como força importante na determinação de políticas sociais, principalmente as de assistência à saúde. Com base na descrição desta “cartografia” que caracteriza o médico, pode-se refletir sobre o seu papel em serviços públicos de saúde, as relações que estabelece com a instituição, com os profissionais da equipe na qual trabalha e com o usuário.

Ao caracterizar a prática médica, percebe-se que ainda prevalece uma visão biologicista da saúde e da doença dividindo o ser humano em sistemas funcionais, fragmentando cada vez mais a assistência à saúde ou a clínica. O paciente é

assistido por vários profissionais, mas o cuidado, entendido como uma linha ao longo do tempo da vida, não é feito por ninguém.

A profissão médica se depara hoje com grandes paradoxos. O primeiro deles se expressa na percepção de que a medicina vive um momento de grande poderio e, ao mesmo tempo, de grande perplexidade. Os médicos têm ao seu alcance saberes e tecnologias que lhe conferem grandes poderes, *mas se mostram desorientados, com dificuldades de atribuir valores e hierarquia ao conhecimento, 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*⁸.

Outro dilema da profissão se dá entre a crescente e inevitável institucionalização da prática médica devido à impossibilidade do médico assumir de forma autônoma todos os procedimentos disponíveis para a assistência ao paciente devido a sua grande diversidade e custo, e os preceitos de autonomia e liberdade profissional inerentes à profissão médica.

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*⁷.

O conceito de processo de trabalho é também fundamental para a descrição e entendimento do problema apresentado. Para Merhy⁴, *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*. É no desenrolar dos processos de trabalho no cotidiano dos serviços de saúde que se concretizam as intenções, os com-

promissos éticos e políticos de quem governa e os modelos de assistência, traduzidos na relação que se estabelece entre os trabalhadores e usuários. Além disso, é importante caracterizar o trabalho em saúde como singular, possuindo particularidades que não se repetem em nenhum outro processo produtivo.

Pode-se dizer que o processo de trabalho em saúde é tecido de encontros entre trabalhadores e usuários, ambos sujeitos com sua história e humanidade. Cada um desses encontros é único e singular, gerando questões cujas respostas podem estar além do normalizado institucionalmente e do saber técnico do sujeito trabalhador. Estes encontros se caracterizam por permitir uma grande autonomia do trabalhador. Portanto, suas ações ou respostas aos problemas ou necessidades apresentadas dependem de seu compromisso ético perante a vida de cada usuário, e de sua capacidade inventiva diante destas singularidades. 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.

Metodologia

A prática cotidiana dos profissionais médicos e sua inserção nos modos de produção em serviços públicos de saúde são 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 história⁸.

Outra afirmação que é balizadora da pesquisa qualitativa é que a realidade ou a sua totalidade é sempre inatingível. 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 a partir dessa aproximação e dos conhecimentos adquiridos.

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, onde existem hoje os mais evidentes movimentos de mudanças na organização e de modelos de assistência à saúde no país.

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. Utilizou-se também a metodologia da observação participante nesses serviços com o objetivo de acompanhar a rotina de trabalho dos médicos entrevistados e confrontar a prática com o discurso do médico no seu local de trabalho.

Resultados e discussão

Os médicos e seu processo de trabalho

A Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte está em franca consolidação do processo de implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), estando, portanto, todos os trabalhadores da rede básica envolvidos nas mudanças do seu processo de trabalho. 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 ocorrendo nos dois primeiros anos após o início do processo.

Apesar dos esforços da gestão no sentido de mudanças de modelo e do processo de trabalho, pode-se perceber nas entrevistas com os médicos uma insuficiência de informação e, até mesmo, descrença na possibilidade de mudança proposta pelo programa.

As entrevistas 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 do programa. Pode-se perceber, ao mesmo tempo, um baixo investimento institucional para envolvimento dos médicos. Nesse sentido, a iniciativa institucional foi promover cursos de capacitação para a equipe de PSF aos quais nem todos tiveram acesso ainda. Mesmo em relação a esse investimento, há críticas por parte dos médicos sobre a qualidade e duração do curso.

As mudanças organizacionais ocorridas nos processos de trabalho e relatadas nas entrevistas se relacionam principalmente aos médicos generalistas que devem atender no acolhimento, trabalhar em horário integral, fazer visitas domiciliares e participar de atividades coletivas. Mas para todos, a principal atividade a ser executada é o atendimento a um número predeterminado de consultas individuais. Podemos perceber que, apesar da instituição estar em processo de mu-

dança do seu modelo de assistência, as respostas demonstraram que houve poucas diferenças no modo de trabalhar dos médicos.

Não foram detectadas 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 [...] 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 socorro⁹. 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 infecioso, 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?

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 determinação do diagnóstico se resume à identificação da doença e de abstração das demais condições que incidem sobre o corpo. *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 doente⁹.*

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 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? Que modelo tecnológico de clínica é este que a história da doença se resume à queixa e ao exame clínico que rapidamente leva ao diagnóstico e à terapêutica, que não abre espaço para a escuta do real problema ou da necessidade do outro sujeito?

O que estamos querendo apontar são possíveis lacunas nas tecnologias leve-duras (a clínica) e duras utilizadas (equipamentos, normas) 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 permitem estabelecer outros patamares na relação médico-paciente para além da clínica, levando ao vínculo e à responsabilização.

Outra questão a ser levantada em relação à bagagem tecnológica do médico é 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.

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. A avaliação da qualidade do atendimento feito pelo médico não é citada, ou é mencionada de forma superficial e imprecisa. Não é sequer mencionada como atividade própria ou competência da gerência, 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).

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. 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 pro-

dução 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. *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 predominio das modalidades de intervenção centradas nas tecnologias duras a partir de um saber estruturado reduzido à produção de procedimentos⁴.*

As possibilidades de mudanças

É necessário que se pense em estratégias ou novos conceitos para 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 profissional 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 mesma⁴.

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, saberes, singularidades, subjetividades, desejos e necessidades. 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.

O conceito de cuidado

O campo da saúde 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 ou a um modo qualificado de se levar a vida¹¹.

O que é cuidado então? Do ponto de vista filosófico, podemos dizer que cuidado é uma atitude de zelo, de desvelo, de responsabilidade e de envolvimento afetivo para com o outro¹². Ou, na realização de ações de saúde, 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 finalidade¹³.

“Somos feitos e precisamos de cuidado para nossa sobrevivência e manutenção da condição de ser humano”¹². 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.

O desenvolvimento da Medicina, da clínica e

da prática médica e sua excessiva cientificação e sofisticação tecnológica culminaram em um momento de “crise” caracterizada pelo uso indiscriminado de tecnologia, pela fragmentação da atenção ao indivíduo, pelo intervencionismo exagerado e por uma banalização ou mesmo desatenção aos aspectos psicosociais 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 se tornarem cientes de seus próprios limites¹³. 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 e de felicidade que requer cuidado.

Ao se pensar em assistência à saúde e na 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***¹³.

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 também 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. Estes 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.

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 do profissional; o terceiro ainda mais amplo, que é o “núcleo de atividades cuidadoras em saúde”¹¹. 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.

A clínica do sujeito

Campos⁹, em seu trabalho ***A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada***, 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”. “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. Mas também 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 freqüentemente 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 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, minguar e morrer⁹.*

Como passar de uma clínica degradada, empobrecida para uma clínica ampliada? 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 ganham 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.

A teoria de Habermas sobre a Ação Comunicativa¹⁴ pode ser de grande valia para clarear essa travessia. 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 compartilhadas de uma ação (projeto terapêutico), acordada entre dois ou mais sujeitos¹⁵. Para que esse agir comunicativo aconteça, também é necessário abrir os canais de conversação entre os trabalhadores dos serviços de saúde, fazendo acontecer uma cultura da comunicação, hoje muito empobrecida. 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.

Para finalizar, 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”¹⁶.

Isto nos remete ao reconhecimento de que devemos apostar 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 os grupos portam e expressam como necessidades de saúde. No caso dos médicos, queremos produzir um operador de tecnologias de saúde que tenha competência de gerar e gerir um projeto terapêutico que sirva de substrato para a produção do cuidado médico, em particular¹¹.

Mas são 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. 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 interven-

ção 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 verdadeiro¹⁷.

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, 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 cuidado¹¹.

Conclusão

Os médicos e sua prática hoje são frutos 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 mudanças, de marcas no mundo e de obras.

Há um esforço dos governos e dos gestores de sistemas de saúde para mudar o modo de produção em saúde, variável de acordo com os seus compromissos éticos e políticos. 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, com-

prometendo-se com a saúde integral dos usuários. Mas apesar de todos estes esforços, o produto final ainda deixa a desejar, tanto em relação aos usuários do sistema quanto aos profissionais de saúde, principalmente em relação à possibilidade de crescimento profissional e de felicidade no trabalho.

Esse esforço de mudança passa necessariamente pela inserção do médico no processo produtivo dos serviços de saúde, transformando a sua atuação de modo a provocar maiores grau-tes de responsabilização, formação de vínculos, produzindo respostas mais eficazes, o que não ocorre naturalmente apenas com a implantação de “novos modelos”.

Portanto, esse esforço passa necessariamente pela intervenção no espaço micro do processo de trabalho da equipe de saúde, e dentro dela o do médico, mudando e ampliando com novos conceitos e tecnologias e qualificando a sua atuação como sujeito na relação que estabelece com o usuário, utilizando para isto ferramentas gerenciais, educativas e de informação.

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.

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.

O objetivo deste estudo e a metodologia aplicada não nos permitem afirmar que todas as características do processo de trabalho descritas para o profissional médico são também encontradas em outras categorias profissionais da área de saúde. Mas, pode-se dizer que os conceitos de cuidado e de clínica ampliada podem ser utilizados por todas elas na prática cotidiana.

Colaboradores

MT Gariglio e ALA Radicchi participaram igualmente de todas as etapas da elaboração do artigo.

Referências

1. Paim JS; Almeida Filho N. *A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade; 2000.
2. Tarride MI. *Saúde pública: uma complexidade anunciada*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998.
3. Sá MC. Subjetividade e projetos coletivos: mal-estar e governabilidade na organização de saúde. *Rev C S Col* 2001; 6:151-164.
4. Merhy EE. 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 CR, organizador. *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte - reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã; 1998.
5. Cordeiro S. *Hermenêutica e a crise da modernidade* [dissertação]. Belo Horizonte (MG): Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais; 1999.
6. Ibanez N, Marsiglia R. Medicina e saúde: um enfoque histórico. In: Canesqui AM, organizador. *Ciências Sociais e saúde para o ensino médico*. São Paulo: Hucitec; 2000.
7. Schraiber LB. A profissão de ser médico. In: Canesqui AM, organizador. *Ciências Sociais e Saúde para o ensino médico*. São Paulo: Hucitec; 2000.
8. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento - pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2000.
9. Campos GWS. *Saúde paidéia*. São Paulo: Hucitec; 2003.
10. Mendes Gonçalves RB. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1994.
11. Merhy EE. *Saúde - a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec; 2002.
12. Boff L. *Saber cuidar. ética do humano- compaixão pela Terra*. Petrópolis: Vozes; 2002.
13. Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface - Comunic, Saúde, Educ* 2004; 8(14):73-91.
14. Habermas J. *Teoria de la Acción Comunicativa*. Madrid: Taurus; 1987.
15. Melo EM. Saúde e intersubjetividade: as possibilidades da ação comunicativa. *Anais do VI Congresso de Saúde Coletiva*. Salvador; 2000.
16. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários para a prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra; 1996.
17. Campos GWS. *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.

