

OS MÉDICOS NA ATENÇÃO BÁSICA NO SUS: ENCONTROS E DESENCONTROS COM OS GESTORES DE 50 MUNICÍPIOS DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

JAIME BECH*
CÉSAR FRANCISCO SILVA DA COSTA**
RAÚL MENDOZA SASSI***
HELENA VAGHETTI****

RESUMO

Trata-se de um estudo qualitativo, de caráter exploratório, de natureza descritiva, que utiliza a análise qualitativa, para investigar as dificuldades no processo de organização dos Sistemas Municipais de Saúde (SIMUS). Para tanto, foram colhidos depoimentos e entrevistas de 50 gestores de saúde das zonas noroeste e sul do Estado do Rio Grande do Sul, durante um curso de qualificação promovido pela Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, com apoio da 3ª Coordenadoria de Saúde, em dezembro de 2001. Para a análise e interpretação dos dados, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo, segundo metodologia proposta por Bardin (1995). A partir de nossas inferências e interpretações, a classificação resultou em diversas categorias. Para exposição neste estudo, escolhemos uma delas – atividades médicas na atenção básica no SUS –, que se fez presente na totalidade das discussões e mostrou-se como ponto nevrálgico dos gestores na organização do Sistema Municipal de Saúde. Nesta categoria destacam-se os temas relacionados com o não-cumprimento de horário de atendimento, falta de resolutividade nas consultas, incremento do custo assistencial, excesso de circulação de pacientes no sistema, sobrecarga nos prontos-socorros e serviços de urgência e modelo de cuidado individual preconizado pelas universidades. Detectou-se que esses problemas podem advir da falta de um processo completo de administração de recursos humanos pela quase totalidade dos municípios, que compreenda a contratação, o acolhimento, o acompanhamento, a educação continuada e a participação dos médicos na gestão das unidades. A partir destas constatações, propõe-se uma série de medidas de curto e médio prazo que encaminhem uma melhoria da situação, mudando a cultura dos setores de recursos humanos das prefeituras.

PALAVRAS-CHAVE: Construção do SUS, Atenção Básica, Profissionais Médicos, Administração de Recursos Humanos.

ABSTRACT

In this study, the authors developed a qualitative research about which are, according to the opinion of more than 50 health managers from Rio Grande do Sul State northeast and south zones, the principal problems for the SUS construction in their municipalities. The most important problems that came up were: a) the role of the physician in basic care and b) the difficulty to carry out medium and high complexity procedures and diagnoses.

* Professor do Dep. de Medicina Interna – FURG

** Enfermeiro; especialista em Saúde Pública – NEAS-FURG

*** Professor do Dep. de Medicina Interna – FURG

**** Professora do Dep. de Enfermagem – FURG

Centering the study over the physicians, the authors identified that 100% of the managers believe that the doctor is mainly responsible for the low quality assistance, and assign it to the poor training received at medical schools. A dialectic analysis performed over obtained data, exposed that none of the involved municipalities develop a complete human resources management process, which comprise hiring, reception, follow-up, continue education and physician participation on health facility management. On the contrary, physicians develop, according to the authors view, an alienate work in an obsolete and traditional health care model, unable to fulfill the most perceived people needs. Based on the previous findings, medium and short-term measures directed to improve the situation are suggested, changing the culture of the municipalities' human resources sectors.

KEY WORDS: SUS construction, Clinical Assistance, physicians, human resources management.

1 – INTRODUÇÃO

Os princípios fundamentais da atenção à saúde (Bech, 2002), universalidade, equidade, integralidade, consagrados ao longo destas últimas três décadas pelos movimentos de reforma sanitária, expressos na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e na legislação do Sistema Único de Saúde (SUS), estão produzindo uma mudança nos paradigmas da prática médica.

O processo de construção do SUS, única reforma do estado com participação popular e em andamento (Arouca & Campos, 2001), apresenta ao médico a realidade de uma nova prática, um conjunto de atividades adicionais para as quais não está preparado, o que gera sua insatisfação e do sistema e, como consequência, contradições e dificuldades, cujo denominador comum é a diminuição do potencial clínico do sistema e da eficiência na atenção à saúde, reduzindo o impacto social que o SUS deve ter.

De profissional liberal a integrante do SUS, o médico vem percorrendo um caminho que lhe é difícil, já que edifica sua formação, geralmente, em hospitais, com um saber baseado em enfermidades e com uma atividade orientada ao paciente internado. Assim, o médico tem uma prática individual e individualista, hospitalocêntrica em sua essência, sendo este o viés fundamental que se reproduz na prática cotidiana da clínica e se projeta na atenção básica ambulatorial, seja esta privada ou da rede pública.

A Escola de Saúde Pública, órgão da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, desenvolve, entre outros, programas de educação para gestores municipais de saúde. Durante todo o ano de 2001, foram ministrados cursos com o apoio das Coordenadorias

Regionais de Saúde, que contaram com docentes das diversas universidades públicas e comunitárias do estado, notoriamente a Universidade de Ijuí, Universidade Federal de Santa Maria, Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Fundação Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Os autores, docentes da FURG, tiveram a satisfação de participar de um dos módulos do curso, intitulado Gestão e Planejamento, no noroeste e sul do Estado, proporcionando encontros de três dias (duração dos módulos) com mais de 50 gestores e assessores de Secretarias Municipais de Saúde, momentos em que foi possível trocar experiências, conhecimentos e perspectivas, em um contexto de debates abertos e muito participativos.

Com este estudo, buscou-se, além de ampliar nossos conhecimentos sobre os aspectos levantados anteriormente, investigar as dificuldades no processo de organização dos Sistemas Municipais de Saúde (SIMUS), e, após analisá-las, lançar algumas sugestões.

2 – METODOLOGIA

Este estudo tem um caráter exploratório de natureza descritiva, no qual se utiliza a análise qualitativa, para alcançar os objetivos propostos. Desenvolveu-se durante um dos cursos de educação para gestores municipais de saúde promovido pela Escola de Saúde Pública, órgão da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, com o apoio da 3ª Coordenadoria de Saúde, mais particularmente no módulo que diz respeito a Gestão e Planejamento, durante o mês de dezembro de 2001. A população-alvo foi constituída por gestores municipais de saúde e assessores das regiões noroeste e sul do Estado. Os dados foram coletados por três dias, em turnos integrais, no desenrolar do curso.

Para Minayo e Sanches (1993), a pesquisa qualitativa é um método de abordagem da realidade social que utiliza técnicas de levantamento, registros, análise e divulgação de dados para descrever, compreender e explicar essa realidade. A pesquisa qualitativa busca o conhecimento profundo acerca da realidade com um entendimento de seus significados, motivos, aspirações, atitudes, crenças, valores, representações, opiniões e relações, através de uma aproximação fundamental e íntima entre sujeito e objeto pesquisado, e tem como material primordial a interpretação da palavra que expressa a fala cotidiana.

Para Minayo (1992, p. 109), a fala é "reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles), e, ao mesmo tempo, tem a magia de transmitir,

através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas".

A principal ferramenta utilizada foi a comunicação verbal (Minayo, 1994) estabelecida durante reuniões plenárias em roda, em que cada um dos participantes, durante certo período de tempo, manifestou-se livremente sobre seus problemas e dificuldades na organização do Sistema Municipal de Saúde.

Após, ocorreram reuniões em grupos menores (cinco a oito integrantes), que debateram livremente sobre o tema durante duas horas e depois apresentaram um relatório à plenária.

Igualmente, foram realizadas entrevistas com questões abertas sobre o tema aos gestores e assessores.

Tanto as entrevistas como as discussões em pequeno e grande grupo e a exposição dos relatórios, mencionados anteriormente, foram gravadas e transcritas. Durante todas as discussões, cada um dos autores deste estudo, alternadamente, registraram, em um "diário de campo", notas de observações realizadas e impressões sentidas no decorrer dos debates.

A análise de dados baseou-se na técnica de análise de conteúdo, segundo metodologia proposta por Bardin (1995, p. 42), que é "(...) um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, obter indicadores quantitativos ou não que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) das mensagens".

O levantamento dos dados e a análise dos conteúdos foram organizados em três partes: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Na fase de pré-análise, procedeu-se à leitura flutuante dos dados a partir das transcrições e codificação das entrevistas e depoimentos, através de numeração progressiva de 1 a 50, correspondendo um número para cada depoente.

Na fase de exploração do material, foram realizadas novas leituras, assinalando-se as idéias importantes, ordenando e numerando as respostas, com vistas à organização do material coletado, para destacar os temas, as idéias-chave e os núcleos de sentido, pois, para Bardin (1995, p. 106), "o tema é geralmente utilizado como unidade de registro para estudar motivações de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças, de tendências, etc."

Após a identificação dos núcleos de sentido, passou-se à codificação e agrupamento dos temas em categorias, que foram criadas baseadas na leitura e interpretação dos dados, sendo consideradas

como categorias emergentes durante o processo de classificação.

Seguindo esta sistemática, delimitou-se a técnica de análise de conteúdo como análise categorial temática. Para Bardin (1995), a análise por categoria é a técnica mais utilizada na prática, sendo a análise temática, ou investigação de temas, a possibilidade rápida e eficaz de categorização, podendo ser aplicada a discursos diretos e simples. A análise temática, igualmente, pode ser desenvolvida diante do desmembramento do texto em unidades, que são reagrupadas em categorias, segundo analogia dos temas.

A partir de nossas inferências e interpretações, a classificação resultou em diversas categorias. Para exposição neste estudo, escolhemos somente uma delas – atividades médicas no SUS –, que se fez presente na totalidade das discussões e mostrou-se como ponto nevrálgico dos gestores na organização do Sistema Municipal de Saúde.

Durante todo o estudo foram considerados os preceitos éticos presentes na Resolução nº 196/96, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentares de pesquisa envolvendo seres humanos.

3 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

Categoria I – Atividades médicas na atenção básica no SUS

Esta categoria descreve os fatores que, na visão dos gestores, comprometem o atendimento médico no SUS. Destacam-se os temas relacionados com o não-cumprimento de horário de atendimento, falta de resolutividade nas consultas, incremento do custo assistencial, excesso de circulação de pacientes no sistema, sobrecarga nos prontos-socorros e serviços de urgência, modelo de cuidado individual preconizado pelas universidades, expressos nas seguintes falas:

"... a maioria dos médicos não cumprem seus horários, assistem rapidamente o número de consultas marcadas, e vão embora". GESTOR 5

"... não preenchem corretamente os registros assistenciais". GESTOR 10

"... solicitam exames de alto custo sem um adequado e completo exame aos pacientes". GESTOR 26

"... fornecem apenas tratamento sintomático e assim estimulam a re-consulta ou a consulta nos Prontos-Socorros". GESTOR 48

"... na primeira consulta, solicitam avaliação por especialista". GESTOR 32

"... não participam das abordagens multidisciplinares". GESTOR 45

"... não se interessam por conversar com o paciente sobre o que o aflige". GESTOR 22

"... os médicos não têm uma formação para atender os pacientes do SUS, são capacitados apenas para o atendimento hospitalar..." GESTOR 34

A preocupação com a questão de Recursos Humanos nos serviços de saúde é antiga, e, no Brasil, desde os primórdios de sua história sanitária, o assunto vem sendo discutido por diversos autores.

O trabalho médico tem uma organização própria, que mantém uma relação direta com as macroestruturas que compõem a sociedade. Assim articulado, organiza-se internamente para atender às necessidades que emergem desta mesma sociedade da qual faz parte e com a qual se relaciona. A realidade dos Sistemas de Saúde nos mostra que esta organização própria tende a estar em consonância com um ou outro modelo assistencial vigente. As duas vertentes sobre as quais o trabalho em saúde se organizou (e se organiza) no capitalismo constituíram-se em dois modelos de organização que perduram até hoje (Mendes Gonçalves, 1986; Merhy, 1987): o clínico e o epidemiológico. O modelo clínico e o epidemiológico diferenciam-se pela compreensão e apreensão do objeto de trabalho, e dessas diferenças decorrem suas características tecnológicas, as formas de ação. No concreto, não existe uma organização tecnológica clínica ou epidemiológica, e sim o predomínio de uma sobre a outra, pois representam uma unidade, complementam-se, são dimensões de uma mesma realidade: a saúde, que é dinâmica.

Tendo estes dois modelos principais como pano de fundo, porém muitas vezes extrapolando seus limites, a medicina vem organizando seu trabalho de acordo com os diferentes momentos históricos vividos e com as posições/compromissos que vem assumindo na sociedade.

Entretanto, diversos cursos de graduação do país vêm optando por desenvolver, junto aos seus estudantes, de maneira mais enfática, o modelo de saúde individual, que tende a ser reproduzido nas instituições de saúde nas quais os médicos irão desenvolver suas atividades depois de formados.

Nas últimas duas décadas, com o advento do SUS e toda a sua filosofia de atendimento, esta dicotomia entre saúde individual e coletiva parece ter ficado mais evidente.

Os gestores, alvos de nossa pesquisa, indicam que a problemática que enfrentam com os médicos para a organização do Sistema de Saúde Municipal reside justamente nesta formação que é

recebida na universidade. Ressaltam que o modelo exercido nas unidades de saúde é o tradicional: consultas nos postos de demanda espontânea, atenção à recuperação, diagnóstico e tratamento, ou encaminhamento dos que consultam por doenças.

Observou-se, no decorrer da investigação, que apenas um dos municípios desenvolve um modelo de Saúde Mental em que existem ações promocionais e preventivas. Em outros há programas de saúde materno-infantil (pré-natal, planejamento familiar, crescimento e desenvolvimento da criança), doenças crônicas (diabetes, hipertensão arterial), mas quase todos dirigidos ao diagnóstico e tratamento de casos. Menos de um terço dos municípios têm equipes do Programa de Saúde de Família (PSF), sendo que este programa presta escassa cobertura, menos de 10% da população, e, em geral, sem conexão com o restante do sistema municipal. Somente em um município se desenvolve um modelo de medicina comunitária bem organizado e que presta uma significativa e total cobertura à população. Nos municípios restantes, o médico trabalha como um profissional “liberal” e isolado dos outros integrantes da equipe de saúde; deve prestar um número de 16 consultas/dia (unidade de quatro horas) e solicitar poucos exames de médio e alto custo, para ser considerado um “bom profissional”.

Sabe-se, também, que pouco ou nada se tem investido na educação e desenvolvimento de Recursos Humanos do SUS, apesar de a NOB/RH-SUS, Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde, expor sobre a “necessidade da valorização profissional na implantação dos modelos assistenciais e a regulação das relações de trabalho no setor saúde”, bem como enfatiza que “o investimento nos Recursos Humanos irá influenciar decisivamente na melhoria dos serviços de saúde prestados à população. Assegurar que trabalhadores em saúde estejam satisfeitos com seu processo de trabalho é um caminho prático e certo para o avanço na implementação do sistema” (NOB/RH-SUS, 2001, p. 5-10)*. Em seu capítulo IV, a NOB/RH enfoca o Desenvolvimento do Trabalhador para o SUS e, em especial, trata da Educação Permanente para o Processo de Trabalho no SUS, entendida enquanto “processo de permanente aquisição de informações pelo trabalhador de todo e qualquer conhecimento, por meio de escolarização formal ou não-formal, de vivências, experiências laborais e emocionais, no âmbito institucional ou fora dele. Compreende a formação profissional, a qualificação, a requalificação, a especialização, o aperfeiçoamento e a atualização. Tem o objetivo de melhorar e ampliar a capacidade laboral

* Ministério da Saúde. Terceira versão preliminar. Dezembro, 2000.

do trabalhador, em função de suas necessidades individuais, da equipe de trabalho e da instituição em que trabalha”.

Assim, verificamos a importância da educação para os trabalhadores da saúde e, em especial, aos médicos que atuam na atenção básica, para que seu perfil seja adequado às exigências do atendimento no SUS. Cabe ressaltar que nenhum município dos envolvidos no estudo possui qualquer programa de educação em serviço, tanto para profissionais quanto para técnicos.

Por outro lado, constatamos que o trabalho médico, na maioria dos sistemas de saúde, é profundamente alienado, uma vez que o profissional recebe diretivas emanadas dos gestores e, apesar de ser um produtor de saúde, acaba cumprindo normas e disposições oriundas, geralmente, do nível central do sistema. Normas e disposições estas que ele não pode discutir, criar, modificar à luz de seu conhecimento acerca do local em que trabalha, acabando por converter-se em um tecnocrata, que faz o que lhe pedem e não faz o que pensa que deve fazer.

Igualmente, observa-se que o processo de seleção para o contrato de médicos nem sempre contém uma detalhada descrição das atividades e funções a serem desempenhadas, e, como consequência, o médico postula-se a um cargo em que não está bem clara a definição de seu papel. Os contratos das prefeituras, salvo os do PSF, são de cargas horárias e salários que alimentam o multiemprego, como bem constatamos em nossa realidade.

Da mesma forma, uma vez contratado, o médico não é acolhido pela equipe, é simplesmente colocado em uma unidade, com um horário a cumprir, onde, ao cabo de “16 consultas, não há mais o que fazer”, e o “controle social”, que deveria ocorrer na base do sistema, acontece em nível dos Conselhos Municipais de Saúde, onde os médicos não são questionados diretamente pela comunidade que assistem.

Verificou-se, também, que quando questionados sobre “uma política de administração de recursos humanos”, os gestores foram unânimes em afirmar que esta inexistente no interior das secretarias.

Para a resolução dos problemas encontrados, a maioria dos gestores se apóia em sistemas de fiscalização de horários e aplicação de punições como advertência oral, escrita e/ou descontos salariais, sendo que alguns utilizam, para médicos de contrato temporário, a ameaça de não recontração do profissional, e mais da metade dos gestores queixam-se de que não tem apoio na hora de sancionar o médico.

4 – CONCLUSÕES E PROPOSTAS

Os gestores de saúde das regiões do noroeste e sul do Estado do Rio Grande do Sul consideram que o médico que atua na atenção básica, em geral, não o faz com a eficiência desejada, e que isto repercute na qualidade da assistência à população.

Como causa principal, consideram que a formação curricular é deficiente e não prepara o profissional para trabalhar no SUS, particularmente na atenção básica.

Ao mesmo tempo, detectamos que:

- não existe um processo organizado de administração de recursos humanos médicos ou de outros profissionais da saúde nas prefeituras analisadas, e estes setores de recursos humanos se limitam a tarefas burocráticas (contratos, presenças, férias, licenças, etc.);

- os editais de concurso, quando existentes, se limitam a estabelecer tipo de médico (“generalista, pediatra”), carga horária e salário. Não consta, nos editais, descrição dos cargos, nem relação de funções e atividades a serem desempenhadas pelos profissionais;

- não há qualquer processo de “acolhimento” ao profissional; isso significa que não se faz uma apresentação dos profissionais aos colegas de trabalho nem à população a quem vão servir; não há qualquer curso introdutório em que se explicitem os objetivos e/ou metas a serem alcançados no processo de trabalho;

- não detectamos nenhuma participação do médico no processo de gestão e planejamento da unidade em que trabalha; assim, seu trabalho resulta alienado;

- não se desenvolve um processo de educação continuada com os profissionais;

- não há um sistema de avaliação que envolva auto-avaliação, avaliação pelos colegas e a comunidade; assim, não há retroalimentação corretiva;

- os contratos são por cargas horárias que oscilam entre 12 e 24 horas semanais; não há, salvo alguns poucos médicos de família, contratos de tempo integral;

- os salários são baixos, estimulam o multiemprego e a pouca dedicação dos profissionais;

Assim, concluímos que a problemática enfrentada pelos gestores em relação às atividades médicas depende da efetivação de um processo de administração de recursos humanos, de organização das secretarias municipais de saúde e do sistema de gestão municipal, bem como de uma adequação das grades curriculares dos cursos de Medicina, que atendam às necessidades emanadas pelo SUS.

BIBLIOGRAFIA

AROUCA, Sergio; CAMPOS, Gastão Wagner. *13 anos de Reforma da Saúde no Brasil*. Mesa-redonda organizada pelo PDG Saúde, UFRGS, Porto Alegre, 2001.

BARDIN L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Persona, 1977.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 196/96. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, v. 132, n. 155, p. 12247, 15 ago. 1996. Seção 1, pt. 1.

BREILH, Jaime. Reflexiones sobre el uso de las técnicas intensivas (histórias de vida) en la investigación en salud. Quito: CEAS, 1991.

BECH, Jaime. Princípios fundamentais da atenção à saúde. In: MISOCZKY, Maria Ceci; BECH, Jaime. *Estratégias de organização da atenção à saúde*. Porto Alegre: DaCasa, 2002. p. 11-20.

FAGUNDES, Sandra. *A Institucionalização do SUS*. Congresso do CLAD, México, 1999.

MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno. *Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico*. São Paulo, 1979. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo.

_____. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo*. São Paulo : Hucitec/Abrasco, 1994.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde: Saúde em debate*. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1992.

MINAYO, Maria Cecília de Souza et al. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

PORTILLO, José Luis. *Teoria social da saúde*. Montevideo: Universidad de la República p. 130-136.

Recebido: 18/6/2003

Aceito: 25/6/2003