

**AVALIAÇÃO E CONTROLE DA QUALIDADE DO TRABALHO MÉDICO
COMO ESTRATÉGIA DE MUDANÇA DO MODELO ASSISTENCIAL
EM AMBULATÓRIOS PÚBLICOS**

EDISON BUENO


UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE

**Orientador: Prof. Dr. Emerson Elias Merhy
Departamento de Medicina Preventiva e Social
Faculdade de Ciências Médicas
UNICAMP**

EDISON BUENO

Este exemplar corresponde à versão final da Tese de Doutorado, apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, para obtenção do Título de Doutor em Saúde Coletiva.

Campinas, 17 de Março de 2000.

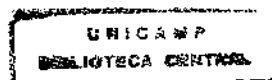

Prof. Dr. Emerson Elias Merhy
Orientador

**AVALIAÇÃO E CONTROLE DA QUALIDADE DO TRABALHO MÉDICO COMO
ESTRATÉGIA DE MUDANÇA DO MODELO ASSISTENCIAL
EM AMBULATÓRIOS PÚBLICOS**

Tese de Doutorado apresentada ao curso de Pós-Graduação do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, para a obtenção do título de doutor em Saúde Coletiva.

ORIENTADOR: PROF. DR. EMERSON ELIAS MERHY
Departamento de Medicina Preventiva e Social
Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP

Campinas, 2000



UNIDADE	BC
1.ª CHAMADA:	T/UNICAMP
	B862a
Ex.	
NUMERO BC/	41249
PROG	278/00
	<input checked="" type="checkbox"/>
	11,00
	30-06-00
N.º CPD	

CM-00143097-1

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

B862a Bueno, Edison
 Avaliação e controle da qualidade do trabalho médico como
 estratégia de mudança do modelo assistencial em ambulatorios públicos
 / Edison Bueno. Campinas, SP : [s.n.], 2000.

 Orientador : Emerson Elias Merhy
 Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade
 de Ciências Médicas.

 1. Cuidados médicos ambulatoriais. 2. Saúde pública - avaliação.
 I. Emerson Elias Merhy. II. Universidade Estadual de Campinas.
 Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Banca examinadora da tese de Doutorado

Orientador: Prof. Dr. Emerson Elias Merhy

Membros:

1. *Glauco Irino Baptista Mendes*
2. *Dr. [illegible]*
3. *Plínio [illegible]*
4. *Carlos Roberto [illegible]*
5. *[illegible]*

Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 17/03/2000

*Para Flora, minha esposa,
André e Rafael, meus filhos.
Companheiros desta vida
e de todas as lutas.*

*Para meus pais,
Alcina e Luiz Gonzaga
e meus irmãos Marcos e João Batista,
por todo carinho e apoio desde sempre.*

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Emerson Elias Merhy, pela orientação segura, estimulante e paciente em busca do uso coerente das minhas possibilidades criativas e no desenvolvimento de ferramentas que dão vida ao trabalho em saúde.

Ao Prof. Dr. Nelson Rodrigues dos Santos, por todo apoio em toda minha trajetória profissional, desde o início da residência médica até os dias de hoje e pelo exemplo de dedicação à construção do Sistema Único de Saúde.

A todos colegas docentes do Departamento de Medicina Preventiva e Social da FCM-UNICAMP, na pessoa do Prof. Dr. Gastão Wagner de Souza Campos, por poder compartilhar o desafio de protagonizar as mudanças no campo da Saúde Coletiva, sem perder o olhar crítico.

Aos colegas docentes da área de Medicina Comunitária, companheiros na luta pelo aperfeiçoamento da formação médica, atuando cotidianamente nas fronteiras do sistema de saúde.

Aos funcionários do DMPS, na pessoa da Leo, por todo apoio no enfrentamento dos trâmites burocráticos.

A todos os funcionários de todos os serviços de saúde onde atuei até hoje, Centro de Saúde Orozimbo Maia, Centro de Saúde I de Campinas, Centro de Saúde Santa Odila, Centro de Saúde Escola de Paulínia, Rede Ambulatorial de Paulínia, Centro de Saúde Vila Rica, Centro de Saúde Santa Mônica e Centro de Saúde da Comunidade (CECOM), com quem venho compartilhando idéias, ideais e projetos de vida e de trabalho.

A todos os pacientes que venho atendendo esses anos todos, a quem dedico os frutos (bons, espero) do meu trabalho e que acredito estejam de algum modo aqui refletidos.

Da relutância em deixar as coisas como estão,
Do excessivo zelo pelo que é novo,
E o desprezo por aquilo que é antigo,
Da preocupação em valorizar o conhecimento
Mais que a sabedoria,
a técnica mais do que a arte e
a esperteza mais que o senso comum,
Do hábito de tratar pacientes como casos, e
Da conduta terapêutica que é mais penosa do que a própria doença,

DEUS NOS PROTEJA!

Sir Robert Hutchinson

Ao término de um período de decadência sobrevém o ponto de mutação. A luz poderosa que fora banida ressurge. Há movimento, mas este não é gerado pela força ... O movimento é natural, surge espontaneamente. Por essa razão, a transformação do antigo torna-se fácil. O velho é descartado, e o novo é introduzido. Ambas as medidas se harmonizam com o tempo, não resultando daí, portanto, nenhum dano.

I Ching

SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES	VII
----------------------------	-----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	IX
--------------------------------------	----

RESUMO	X
--------------	---

INTRODUÇÃO

<i>Desafios para a profissão médica num cenário de crise</i>	1
--	---

CAPÍTULO 1

<i>O trabalho médico produtor de atos de saúde</i>	11
1.1 O trabalho médico e a evolução dos sistemas de saúde	12
1.2 Os determinantes da saúde, da doença e da demanda por serviços de saúde.....	24
1.3 Autonomia dos sujeitos e qualidade de vida	31
1.4 O modelo médico hegemônico e a qualidade da atenção à saúde	37
1.5 Os modelos tecno-assistenciais e a construção de um modelo em defesa da vida.....	43

CAPÍTULO 2

<i>O trabalho médico no ambulatório: a avaliação e o controle da sua qualida- de</i>	49
2.1 A qualidade do ato de cuidar da saúde no ambulatório	47
2.2 Os fundamentos da qualidade no ambulatório.....	55
2.3 Avaliação e controle da qualidade no SUS	64
2.4 Avaliação e controle da qualidade nas organizações profissionais.....	67

CAPÍTULO 3

A escolha e a aplicação dos analisadores	76
3.1 Os analisadores: condição marcadora e eventos sentinela.....	77
3.2.1 Condição marcadora ou traçador	79
3.2.2 Eventos sentinela	80
3.3 Descrição dos casos traçadores e dos eventos sentinela	83
3.3.1 Condição marcadora: diagnóstico de tuberculose no município de Paulínia em 1995	83
3.3.2 Eventos sentinela	91
3.3.2.1 Pacientes adultos internados no HMP por patologias passíveis de controle a nível ambulatorial	92
3.3.2.2 Eventos sentinela identificados no cotidiano do trabalho médico no ambulatório	101
I. Cesta básica.....	101
II. Os livros estão certos	102
III. Morte anunciada	103
IV. Câncer: sentença de morte?	106
V. Como chegar aos 80 anos "saudável"	108
VI. Saúde para todos no ano 2000	109

CAPÍTULO 4

<i>É possível avaliar e controlar a qualidade do trabalho médico no ambulatório? Como operar mudanças num cenário de crise?</i>	112
--	------------

SUMMARY	121
----------------------	------------

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	122
--	------------

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

TABELA 1 - RECURSOS FINANCEIROS APLICADOS EM SAÚDE NO BRASIL - 1998	15
FIGURA 1 - UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICO-HOSPITALARES SEGUNDO MÉDIA DE PROCURA PELAS POPULAÇÕES ADULTAS DA INGLATERRA E ESTADOS UNIDOS DURANTE UM MÊS	59
TABELA 2 - PROBLEMAS CONSTATADOS EM 100 PACIENTES ADULTOS EXAMINADOS CONSECUTIVAMENTE SEGUNDO DISTINTOS NÍVEIS DE ATENDIMENTO EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	62
QUADRO 2 – REQUISITOS PARA UMA CONDIÇÃO SER ELEITA COMO TRAÇADORA	80
QUADRO 3 – FLUXOGRAMA PARA APLICAÇÃO DA METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE SERVIÇOS DE SAÚDE POR EVENTOS SENTINELA.....	82
TABELA 4 – OCORRÊNCIA DE CASOS DE TUBERCULOSE, HANSENÍASE E ESQUISTOSSOMOSE NO MUNICÍPIO DE PAULÍNIA, ENTRE OS ANOS DE 1994 E 1997	84
TABELA 5 – CASOS DE TUBERCULOSE DETECTADOS EM PAULÍNIA E NÚMERO DE BACIOSCOPIAS SOLICITADAS	85

QUADRO 4 – DISTRIBUIÇÃO POR FAIXA ETÁRIA E LOCALIZAÇÃO DOS CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE EM 1995 NO MUNICÍPIO DE PAULÍNIA	87
TABELA 6 – DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE SEGUNDO SEXO E FORMA CLÍNICA NO MUNICÍPIO DE PAULÍNIA NO ANO DE 1995	88
TABELA 7 – DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE DIAGNOSTICADOS NO MUNICÍPIO DE PAULÍNIA, SEGUNDO LOCAL DE TRATAMENTO, LOCAL DE DIAGNÓSTICO, CRITÉRIO DE DIAGNÓSTICO, ACOMPANHAMENTO ANTERIOR E POSTERIOR AO DIAGNÓSTICO E CRITÉRIO DE ALTA, EM 1995	90
TABELA 8 – PACIENTES ADULTOS INTERNADOS NO HMP DURANTE O ANO DE 1994, SEGUNDO CAUSAS SELECIONADAS	93
TABELA 9: PACIENTES INTERNADOS NO MÊS DE AGOSTO/1995 SEGUNDO CAUSAS SELECIONADAS	94
QUADRO 5: FLUXOGRAMA DE INVESTIGAÇÃO DOS EVENTOS SENTINELA IDENTIFICADOS NO HMP, NO MÊS DE AGOSTO DE 1995	94
QUADRO 6 – COEFICIENTE DE MORTALIDADE MATERNA EM ALGUNS PAÍSES, EM 1991	105

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AIS – Ações Integradas de Saúde
- BAAR – Bacilo Álcool Ácido Resistente
- DIEESE – Departamento Intersindical de Estudos Socio-Econômicos
- DMPS – Departamento de Medicina Preventiva e Social
- EDA – Endoscopia Digestiva Alta
- FCM-UNICAMP – Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP
- GVES – Grupo de Vigilância Epidemiológica e Sanitária
- HC – Hospital de Clínicas
- HMP – Hospital Municipal de Paulínia
- ICC – Insuficiência Cardíaca Congestiva
- INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
- INCA – Instituto Nacional de Câncer
- LAPA – Laboratório de Aplicação de Planejamento e Administração
- PS – Pronto Socorro
- PSA – Antígeno Prostático Específico
- RS – Rede Ambulatorial
- SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
- SUS – Sistema Único de Saúde
- UBS – Unidade Básica de Saúde
- UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas

RESUMO

Este trabalho discute estratégias para a avaliação das ações de saúde desenvolvidas a nível ambulatorial. É feita uma revisão da literatura sobre a temática e uma discussão sobre as indicações, possibilidades e problemas metodológicos relativos aos momentos e atributos propostos para a avaliação. As vantagens e os problemas de articulação entre os enfoques externo e interno ou de auto-avaliação também são discutidos.

Foi utilizada como metodologia básica a busca de eventos sentinela e de casos traçadores, tomados como indicadores da qualidade da atenção médica ambulatorial, se revelando, efetivamente, como ferramenta útil para indicar serviços de saúde e modelos tecno-assistenciais com problemas na prestação do cuidado à saúde.

A formação de consenso teórico, técnico e político entre os atores sociais envolvidos com o processo é destacada como componente necessário para assegurar a efetividade da avaliação e sua incorporação como instrumento de gestão. A criação de múltiplos dispositivos ou contextos de negociação, nos quais se encontram e se confrontam as múltiplas racionalidades organizacionais, é apontada como alternativa para uma gestão radicalmente democrática, apoiada na idéia de que nenhum ator tem o poder de imprimir a racionalidade da organização, sem enfrentar um complexo, permanente e dialógico processo de negociação que envolveria todos os atores organizacionais.

A avaliação em saúde pode então ser assim apresentada como instrumento técnico dependente do direcionamento político, e que pode constituir-se em importante aliada no processo de efetivação do Sistema Único de Saúde no Brasil.

INTRODUÇÃO

DESAFIOS PARA A PROFISSÃO MÉDICA NUM CENÁRIO DE CRISE

"A crise que assola os sistemas de saúde em todos os países do mundo é significativa. Ela afeta profunda e simultaneamente todos os componentes do sistema de saúde assim como os valores dos diferentes atores. As transformações que essa crise desencadeia, constituem uma ruptura profunda com a ordem atual, com o status quo. É tal a extensão das mudanças a considerar que é necessário propor os fundamentos de uma Utopia, a fim de permitir aos diferentes grupos de atores imaginar um futuro diferente que não seja o de aceitar todos os riscos e as incertezas que uma reforma em profundidade do sistema de saúde traz, e assim, de não se curvar fragilmente sob um status quo inaceitável"
(CONTRANDIOPOULOS, 1996: 1)

Crise, mudança, globalização, são palavras que mais que um novo vocabulário indicam, talvez, uma profunda mutação na sociedade, na civilização até. Diante do momento do “horror econômico” trazido pelo neoliberalismo universalizado, cabe questionar os rumos dos sistemas de saúde e da profissão médica em particular e, como citado anteriormente, formular uma nova Utopia que, obviamente, não deve estar atrelada ao controle de custos a qualquer custo. Lamentavelmente, a saúde das finanças tem mobilizado mais os governos (em especial o brasileiro) do que as finanças da saúde.

Competição (e não competência) é a palavra chave quando mecanismos de mercado passam a se sobrepor a valores como equidade e universalidade. Apesar dos níveis de desemprego no Brasil estarem apresentando grave tendência à elevação (20,3% da população economicamente ativa do estado de São Paulo, segundo o SEADE e o DIEESE em pesquisa realizada em maio/99) a profissão médica se vê atingida por essa situação em apenas 0,5% de seu contingente nacional, se sujeitando, no entanto, ao multiemprego e ao subemprego: 75,6% dos médicos brasileiros tem até três atividades e os outros 24,4% apresentam até quatro atividades profissionais médicas e com isso conseguem um rendimento mensal de US\$ 1.280 (moda), segundo o Perfil dos Médicos no Brasil (MACHADO, 1996a).

A forte presença do Estado brasileiro na produção de serviços de saúde, tanto de forma direta, correspondendo a 51% dos empregos no setor, quanto indiretamente, ao comprar serviços do setor privado, tem contribuindo para o progressivo assalariamento dos médicos. Por outro lado, a categoria dos médicos representava, em 1992, 30% dos empregos no setor saúde e 75% dos

empregos em nível superior (SANTANA, 1996). Corroborando esses dados a pesquisa “Perfil dos médicos no Brasil” mostra que o médico exerce múltiplos empregos (50% deles tem três ou mais empregos) e que 70% dos médicos no Brasil (cerca de 220.000 no total ou, aproximadamente, 1 médico para cada grupo de 765 habitantes) tem pelo menos um emprego público.

Concomitantemente, se assiste à mudança do perfil do profissional médico, com diminuição de sua atividade liberal exclusiva, multiplicação de seguradoras, planos de saúde e serviços públicos remunerando-o de forma muitas vezes aviltante, terceirização de serviços médicos em hospitais privados ou públicos (quase sempre disfarçada em cooperativas), fusão de núcleos de assistência e ensino, criando mega-estruturas destinadas a se defender ou se aproveitar das formas distorcidas de financiamento ou remuneração, além do aumento crescente de processos judiciais reivindicando indenizações em consequência de danos pessoais advindos da má prática de médicos e serviços de saúde.

Também do ponto de vista dos usuários, em especial daqueles que mais dependem dos serviços públicos de saúde, o sistema apresenta-se em permanente estado de crise. Muitos são os fatores que causam esta crise, incluindo a falta de recursos para garantir o pleno direito constitucional à saúde a nível federal, estadual e municipal, a ausência de planejamento em todos os níveis de governo, a falta de cooperação e até mesmo de uma coordenação rudimentar entre diferentes setores, a ausência ou ineficácia de mecanismos de regulação dos serviços de saúde tanto públicos como privados, além de prioridades muitas vezes incoerentes na utilização dos recursos destinados à saúde.

Os médicos, por sua vez, tem sido cada vez mais pressionados a se submeter às situações anteriormente citadas e respondem quase sempre de forma débil e desarticulada, enquanto tecnocratas nacionais e multi-nacionais atuam de modo mais eficaz, empregando estratégias destinadas por um lado a garantir o controle e a redução dos custos da assistência à saúde e por outro procurando atingir pontos vulneráveis da categoria médica, denunciando-a, às vezes publicamente, de:

- Descompromisso com as ações de âmbito coletivo, prevenção e controle de custos.
- Obter ganho financeiro proporcional ao aumento de doenças diagnosticadas, exames subsidiários solicitados, procedimentos e internações realizadas.
- Débil controle ético sobre a quantidade, a qualidade e a conduta de profissionais, clínicas e hospitais.

Diante desse contexto, os planos de saúde brasileiros passam a adotar, a partir de 1996, o mesmo ponto de vista de seus similares norte-americanos, considerando que médicos e hospitais devem ser rigorosamente controlados porque:

- Não são éticos nem confiáveis;
- Resolvem pouco para ganhar muito;
- São “desligados” da burocracia e pouco eficientes;
- Pedem exames demais por escusas razões;
- Indicam procedimentos desnecessários;

- São sócios dos aumentos de custos;
- Manipulam atendimentos, internações e guias;
- Praticam uma medicina vingativa (contra os planos de saúde)

(PONTES e SARVAT, 1997).

Procuram adotar então o *managed care* (atenção gerenciada), como nova forma de pagamento e controle, evitando o pagamento por tarefa e passando a remunerar os médicos credenciados segundo pacotes de risco. Essas empresas intermediadoras procuram tornar o médico não mais um fator de aumento de seus custos, mas sim um parceiro decididamente interessado em poupar recursos, submisso a ponto de aceitar restrições à sua decisão clínica e que, em troca, também aderisse à febril competição por lucros.

Dentro desse esquema, os planos de saúde privados ou o próprio Estado (vide o Plano de Assistência à Saúde da Prefeitura de São Paulo) fazem acordo comercial com determinado médico ou grupo médico-hospitalar (hospital, cooperativa) para que arquem com os riscos de atender uma clientela pré-especificada por determinado período, através de remuneração pré-fixada, constituindo assim o chamado *risco compartilhado*. Dessa forma, ficam médicos e hospitais comprometidos a reduzir seus custos através da solicitação de um volume menor de exames, internações, procedimentos e cirurgias e, ao menos teoricamente, promover maior prevenção.

Cabe lembrar aqui que cada vez mais aumenta a quantidade de anos vividos pelos seres humanos e não apenas pela adoção de medidas de caráter preventivo, como é caso das vacinas, melhoria das condições de saneamento, ou

mesmo pela proliferação de academias de ginástica ou a leitura de livros de auto-ajuda (MALIK, 1998).

Contudo, mesmo que se questione a eficácia do cuidado médico na alteração ou na melhora do estado de saúde, é inegável que os avanços tecnológicos e os conhecimentos da medicina ampliaram de modo inegável as possibilidades de controle sobre a natureza e sobre os danos à saúde, viabilizando assim aquilo que os serviços de saúde devem efetivamente proporcionar: ***a plena assistência ao sofrimento e à dor, a recuperação dos doentes e a extensão do bem-estar que a medicina pode proporcionar a todas as pessoas de forma igualitária*** (SCHRAIBER, 1989).

Este trabalho assume desde já a idéia que a qualidade do trabalho médico deve ser avaliada em função de sua capacidade e responsabilidade de recuperar e prover saúde, o que tanto pode ser expresso de modo objetivo, utilizando-se parâmetros biológicos, como deve refletir toda a subjetividade própria de uma área de prestação de serviços que se caracteriza, na sua essência, por pessoas servindo (atendendo) pessoas. Autores como Vouri (1991) consideram que os resultados psico-sociais, como o grau de satisfação do usuário, refletiriam de alguma forma um processo de trabalho qualitativamente diferenciado, que levasse em conta o aspecto relacional do trabalho médico.

No entanto, como afirma Malik (1998), ninguém vai em busca de um serviço de saúde em função da qualidade das refeições servidas nos hospitais ou porque a unidade básica de saúde cuida de modo exemplar de seu arquivo de prontuários. Essas variáveis, chamadas de *amenidades* por Donabedian (1993) podem ser importantes como componentes na avaliação da estrutura de um

serviço de saúde e até na busca da satisfação do usuário, mas complementares em relação aquilo que de fato leva à busca do cuidado médico. Refeições saborosas, servidas na temperatura adequada, bem apresentadas, de acordo com prescrições corretas, podem ser importantes adjuvantes na recuperação de um paciente internado. A recuperação de dados dos prontuários permitiria saber que outros males afligiram determinado doente, a que procedimentos ele já foi submetido ou como ele reagiu à ação de diferentes medicamentos. Nada disso, porém, cura quem quer que seja.

Por outro lado, ao se analisar a questão da qualidade dos serviços de saúde do ponto de vista do usuário, este reclama não da falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento, mas sim da falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno de si e de seu problema, sentindo-se inseguros, desinformados, desprotegidos, desamparados, desrespeitados, desprezados (MERHY, 1997). Isto demonstra que a crise que se observa não é decorrente de uma suposta defasagem tecnológica ou pela ausência de conhecimentos científicos e nem pode ser reduzida a uma crise de financiamento. Tampouco somos neoludistas a ponto de não reconhecer os benefícios que os avanços científicos da medicina podem proporcionar.

Efetivamente, o modo como tem se dado o trabalho médico nos modelos tecno-assistenciais hegemônicos no país tem colaborado para que os aspectos mais negativos das relações sociais, como a exclusão e a desigualdade, se manifestem no campo da assistência à saúde, ao não se comprometer de modo adequado e suficiente com questões essenciais na prestação do cuidado à saúde como **acesso, vínculo, responsabilização e resolutividade**.

Nesta discussão o recorte que se fará focalizará o trabalho médico em si e como aferir e promover sua qualidade, centralizando a discussão no trabalho médico executado no nível ambulatorial. Esta escolha não se prende apenas à atividade profissional do autor mas também ao interesse em desvendar as particularidades desse processo de trabalho, tomando-o exemplo do trabalho vivo, produtor de atos de saúde, desenvolvido fora do ambiente hospitalar e potencialmente capaz de, a partir mudanças no modelo de prestação de serviços de saúde, promover a defesa da vida dos sujeitos usuários dos serviços de saúde.

Pudemos testemunhar as grandes conquistas políticas e legais das últimas décadas, além da gradativa retomada das liberdades democráticas. Após a crise estrutural da Previdência Social no país, entre 1980 e 1981, sucederam-se no setor público de saúde diversas propostas de reforma do sistema de saúde: as Ações Integradas de Saúde (AIS), entre 1983 e 1986; a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986; os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), entre 1987 e 1990; a Constituição da República (1988) e, finalmente, o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado através da Lei 8080, de 1990. Os princípios da universalização, equidade, descentralização, relevância pública dos serviços de saúde, pluralismo político e institucional do sistema e o direito de cidadania são fundamentos irredutíveis do SUS que necessitam ser postos em prática.

Alguns avanços podem ser contabilizados, como o início da descentralização, da gestão loco-regional, as novas modalidades de gestão definindo maiores responsabilidades (e ônus) aos estados e municípios além do resgate do interesse público e social como paradigma da organização e

funcionamento dos serviços de saúde. Contudo, pouco avançou-se, efetivamente, na melhoria dos níveis de saúde da população, na sua satisfação e na nova racionalidade do setor saúde, coerente com as diretrizes constitucionais e legais. Isso se deve, em boa parte, ao predomínio, ainda, de velhos interesses e poderes, do mercantilismo predatório e do enriquecimento desmedido e às custas da falência das finalidades públicas do sistema (SANTOS, 1995).

A estratégia de implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil na sua integralidade pressupõe a existência de serviços de saúde de qualidade. É imprescindível que sejam acessíveis e capacitados a atingir o máximo de resolutividade no seu nível de atuação, exercendo ação cuidadora efetiva. O desenvolvimento e a utilização de ferramentas capazes de informar a situação existente, sinalizar o caminho a percorrer e identificar as mudanças a serem implementadas é essencial para a consecução do objetivo de se construir um sistema de saúde de qualidade e este é um dos objetivos deste trabalho.

Me incluo entre aqueles que, num determinado momento de suas existências, optaram por trabalhar na construção do Sistema Único de Saúde, com a preocupação, quase sempre pouco acadêmica, de elaborar e testar novos modelos de atuação que estejam, a priori, comprometidos radicalmente com a defesa da vida. Lembro-me, neste instante, de uma citação de Marx que dizia que, para ser radical o homem deve lembrar a sua própria raiz, humana.

A partir da discussão que se coloca, a proposta deste trabalho é, num primeiro momento, estabelecer num recorte teórico, a potencialidade de se ter o trabalho médico como produtor de atos de saúde, procurando definir a seguir quais categorias expressam a qualidade desse trabalho em serviços de saúde

ambulatoriais, enfatizando o poder concentrado pelos médicos que permite-lhes, inclusive, intervir decisivamente na conformação dos modelos tecno-assistências, conforme está exposto no capítulo seguinte, onde se discute os modos como se dão nas organizações de saúde os processos de trabalho médico, a avaliação e o controle da sua qualidade.

A seguir estão expostos os procedimentos metodológicos utilizados e os resultados da pesquisa empírica, que envolveu a utilização eventos sentinela e casos traçadores, com o objetivo de, a partir de casos concretos, mostrar como determinadas categorias conformam ou são expressão de um determinado modelo assistencial e qual a efetividade desse modelo dentro do sistema de saúde.

Na parte final são expostas a discussão sobre os resultados e as conclusões, onde também são propostos dispositivos de mudança que possam contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde, especificamente a nível da gestão dos serviços de saúde e dos processos de trabalho.

CAPÍTULO 1

O TRABALHO MÉDICO PRODUTOR DE ATOS DE SAÚDE

1.1. O trabalho médico e a evolução dos sistemas de saúde

O trabalho em saúde, e o trabalho médico em especial, tem sido objeto de extensa produção teórica que procura dar conta de explicar seus determinantes, seus objetos e sua própria caracterização como “trabalho”. Autores como Mendes-Gonçalves (1988) destacaram esse aspecto ao mostrar que *“...alguns tipos de trabalho humano, mais do que outros, mesmo no contexto de culturas e sociedades diferentes e em momentos completamente diferentes da história, são mais facilmente desvinculados da idéia geral de trabalho, aparentando serem formas de atividades distintas, mais nobres, mais livres de injunções materiais que costumam estar associados ao estereótipo do ‘mundo do trabalho’ como algo pesado, sofrido, repleto de leis férreas da necessidade e distante da criatividade e da liberdade. Dentre esses tipos de trabalho, um dos mais notáveis é o trabalho em saúde, principalmente se reduzido à atividade do seu trabalhador principal, o médico”* (MENDES-GONÇALVES, 1988: 2).

O mesmo autor destaca algumas características do trabalho em saúde que permitem essa desvinculação com a idéia geral de trabalho:

- O peso aparentemente maior das dimensões intelectuais sobre as manuais;
- A associação mais direta entre os valores ligados a seus produtos e os valores básicos de cada época e cada sociedade, os princípios ideológicos mais importantes na estruturação de cada cultura;

- A posição social - situação nas hierarquias e estratificações sociais relativas à participação na riqueza e no poder - que é obtida através do trabalho pelos agentes sociais que a ele se dedicam.”

Ao mesmo tempo, este e outros autores alertam que o rápido crescimento dos conhecimentos e da capacidade de interferência sobre a vida, tanto em sua origem (tecnologia de reprodução, descobertas genéticas, neonatologia) quanto no seu fim (possibilidade de manter vivo um doente terminal durante longos períodos), obrigam-nos a refletir de uma nova maneira sobre a vida, sobre as pesquisas científicas e sobre a responsabilidade da sociedade com relação ao que se pode e ao que se deve fazer com o ser vivo.

No entanto na análise das práticas de saúde, em especial da prática médica moderna, autores como Testa(1992), Camargo Jr.(1990) procuram destacar seu aspecto de *racionalidade* e interpretam a forma como são estruturados e oferecidos os cuidados médicos como sendo consequência de uma visão distorcida do processo saúde-doença, instituída pela visão médica capitalista e imposta artificialmente, expressando inclusive os interesses dos produtores de bens e serviços de saúde. Essa interpretação tem levado muitas vezes os serviços de saúde a desenvolver mecanismos que dificultam o acesso ao atendimento médico individual, considerando-o como resultado do modo como os serviços de saúde se estruturam na sociedade, privilegiando o atendimento individual e curativo, com a intenção de diminuir as tensões sociais e minorar a degradação

das condições de vida e saúde de uma população vítima de um processo crônico de exclusão social.

Esta visão acaba sendo tão reducionista quanto vem sendo a tradição positivista da medicina ao ignorar até as reivindicações mais elementares dos indivíduos excluídos do acesso aos cuidados médicos essenciais que, no Brasil, somam cerca de 32.000.000 de pessoas, segundo estimativa do próprio Ministério da Saúde (vide tabela 1).

Mesmo ao analisarmos o processo de reforma sanitária no Brasil percebemos que a assistência médica individual frequentemente é relegada a segundo plano. Bodstein (1993) mostra existe um entendimento de que a atenção médica individual e curativa não se constitui, a rigor, em uma demanda ou necessidade legítima da população. Isso implica, em termos analíticos, que o conjunto de atores e de interesses na questão da prática médica encontre dificuldades em participar e construir identidade no próprio projeto de reforma em curso.

É essencial nos dias de hoje se colocar em primeiro plano a discussão sobre a potencialidade do trabalho médico instituir saúde, ainda mais quando os que defendem a reforma mercantilista neoliberal, percebendo o valor que as sociedades têm dado ao direito à saúde e à assistência médica, se apossam dessa concepção solidária justamente para prometer cobertura universal, mais eficiência, melhor qualidade, equidade de acesso aos serviços e uma nova orientação do sistema, que estaria voltado para a promoção e prevenção, sem que haja, no entanto, qualquer evidência que permita supor que

TABELA 1 - RECURSOS FINANCEIROS APLICADOS EM SAÚDE NO BRASIL

Recursos Públicos:

<i>Nível</i>	<i>R\$(bilhões)</i>	<i>per capita</i>	<i>% públ.</i>	<i>% total</i>
<i>Federal</i>	<i>19,1</i>	<i>119,4</i>	<i>63,8</i>	<i>40</i>
<i>Estadual</i>	<i>6,2</i>	<i>38,8</i>	<i>20,7</i>	<i>13</i>
<i>Municipal</i>	<i>4,6</i>	<i>28,8</i>	<i>15,5</i>	<i>10</i>
<i>Total</i>	<i>29,9</i>	<i>187</i>	<i>100</i>	<i>63</i>

População coberta: 160.000.000 (cerca de 32.000.000 desassistidos)

Recursos Privados:

<i>R\$(bilhões)</i>	<i>per capita</i>	<i>% total</i>
<i>Total</i>	<i>17,5</i>	<i>437</i>

População coberta: 40.000.000

<i>R\$(bilhões)</i>	<i>per capita</i>
<i>TOTAL</i>	<i>17,5</i>

Fonte: Ministério da Saúde, 1998

Observações:

1. Aproximadamente 75% da população (120 milhões de pessoas) conta apenas com o atendimento prestado por serviços públicos (SUS-dependente) e isto representa um gasto de cerca de R\$187 per capita/ano.
2. Como os usuários de serviços privados (cerca de 40 milhões de pessoas, ou seja 25% da população) não são excluídos do SUS (apesar de se beneficiarem da "renúncia fiscal"), são cobertos por serviços que representam um custo aproximado de R\$624 per capita/ano.
3. Sem considerar a desigualdade no desembolso e na aplicação desses recursos pode-se considerar que 53% desse total (público e privado) é gasto com 25% da população, ou seja 233% a mais que a população SUS-dependente

as estratégias de privatização, descentralização e focalização propostas nesse modelo possam cumprir essas promessas (LAURELL, 1997).

Por outro lado, a regulação do trabalho em saúde, pelos motivos acima relacionados, é consequência da tensão permanente que existe entre quatro lógicas de regulação: a lógica do mercado, a lógica tecnocrática, a lógica profissional e a lógica política, cada uma delas correspondendo à lógica dominante de um dos grupos de atores que, na sua interação, delimitam e estruturam o sistema de saúde: a população, os profissionais de saúde e as organizações em que trabalham, os organismos pagadores e o Estado (CONTRANDIOPOULOS, 1996).

Autores como Contrandiopoulos e de Pouvourville (1991) e Evans & Stoddart (1990), procurando compreender a natureza e extensão da crise por que passam os sistemas de saúde nos diversos países, retratam, esquematicamente, como evoluíram as relações entre os quatro grupos de atores no último século, dividindo essa análise em três períodos.

No primeiro período, no século XVIII e sobretudo no século XIX, o campo da medicina, até então dividido entre numerosas correntes, passa a ter a hegemonia da chamada medicina científica. A patologia se renova e se fundamenta na observação, o método científico se torna a fonte dominante do saber. A farmacopéia se desenvolve e as novas tecnologias (microscópio, estetoscópio, radiografia) permitem observar de maneira mais precisa o funcionamento biológico do homem vivo.

A dominação da medicina científica e a exclusão, no ocidente, de todas as outras correntes se completam no início do século XX, quando, após o

relatório Flexner de 1910, sobre a formação médica nos Estados Unidos e Canadá, todas as faculdades de medicina que não adotavam o método científico são eliminadas. Flexner havia sido designado pela Fundação Carnigie Para O Progresso da Educação para realizar um estudo de avaliação das escolas de medicina dos Estados Unidos e Canadá, encomendado pelo Conselho de Educação Médica da Associação Médica Americana e, após dois anos de visitas de inspeção, elaborou o relatório que marcou o início de um movimento radical de reforma do ensino médico norte-americano. Seu relatório serviu para que a Fundação Carnigie promovesse repasses financeiros apenas para aquelas que foram consideradas as melhores escolas, acarretando o fechamento de diversas escolas, já em precária situação econômica (LYONS e PETRUCELLI, 1997).

É ainda sobre esse modelo que a formação médica se organiza no Brasil, compreendendo uma formação científica nas ciências denominadas fundamentais e um aprendizado clínico dentro de hospitais universitários, nem sempre integrados efetivamente ao sistema de saúde e com atividades extra-murais quase sempre bastante restritas e marginalizadas.

Ressalte-se que o hospital, nessa mesma época, deixa de exercer função apenas asilar para ocupar lugar de destaque na medicina científica. A organização dos tratamentos é então dominada pelo processo clínico, no qual o médico, detentor de um saber inacessível à maioria dos pacientes, assume um papel dominante. O Estado, que durante todo esse período desempenhou papel de grande importância no domínio da saúde pública, não intervém na organização dos tratamentos, que até os anos 20 permanecem com baixo custo, de uma eficiência ainda limitada, mas crescente (CONTRANDIOPOULOS, 1996).

A idéia que a medicina tem uma solução para todos os problemas passa se tornar hegemônica, a partir da incorporação de tecnologias mais complexas propiciada pelo avanço cada vez mais rápido dos conhecimentos científicos, permitindo intervenções mais eficazes. Um exemplo disso é a introdução dos antibióticos na prática clínica que, apesar de sua reconhecida importância no instrumental terapêutico, não foi o principal determinante da melhoria da saúde, pelo menos naqueles países em que as condições de vida já mostravam melhorias (VUORI, 1993).

Para operacionalizar o princípio do direito à saúde, o Estado deve então se assegurar de que todos os serviços médicos necessários sejam acessíveis a todos aqueles que deles tem necessidade (*), o que tem se tornado problemático devido ao crescimento extremamente rápido dos custos da assistência à saúde.

O Estado moderno se legitima na capacidade de proteger e promover a vida devendo gerir a vida da população e permitir que ela desenvolva suas potencialidades. O Estado moderno se vê como o médico do social, é tarefa da sociedade se instituir como remédio ao mal que ameaça naturalmente a vida. No século XX, o que é reivindicado e serve de objetivo, é a vida, entendida como necessidade fundamental, essência concreta do homem. A vida, muito mais que o direito, se transformou então no dilema das lutas políticas (FOUCAULT, 1976).

(*) Kenneth Boulding ao comentar sobre a noção de necessidade (in "The Concept of Need of Health Services", 1966), afirma que "... *somente os escravos tem necessidades, os homens livres tem demandas*". Testa cita este autor ao criticar a visão economicista predominante nos dias de hoje que procura exaltar como valor supremo da sociedade atual a "liberdade individual" para consumir dentro de uma economia de mercado (TESTA, 1997)

É a conjunção do papel do Estado e do desenvolvimento do conhecimento que justificou nos países desenvolvidos, durante a primeira metade do século XX, a introdução dos grandes programas de seguro-doença e de assistência social. O objetivo desses programas é melhorar a saúde da população oferecendo a todos (*universalidade*) uma gama completa de serviços (*integralidade*) sem que a possibilidade de pagamento, o local de residência, a classe social, a origem étnica ou qualquer outro critério possam excluir qualquer pessoa (*equidade*).

No Brasil, Donnangelo (1975) ao analisar a intervenção do Estado no campo da saúde defende que esta teria a função de realizar a reprodução e acumulação de capital e a tarefa de amenizar e regular os conflitos sociais, respondendo a prática médica promovida pelo Estado não somente à exigência de acumulação e de legitimidade dentro da ordem social capitalista como também às reivindicações da classe trabalhadora. Assim, ao produzir ciência e serviços essenciais para a sociedade, o setor saúde passou a ser área de domínio e responsabilidade públicos, levando o Estado a assumir, mesmo que precariamente, as funções jurídicas e sociais de fiscalização, controle e prestação direta ou indireta de assistência à saúde.

Em sua forma inicial, os programas de seguro-doença reconhecem que o Estado é responsável por aumentar os recursos do sistema de saúde porque permite a este oferecer a quantidade de serviços que os médicos, quando do processo clínico, julgam necessária para tratar seus pacientes, refletindo assim o triunfo da medicina científica. Passa então a imperar a lógica profissional na regulação dos sistemas de saúde: à medida que os médicos detêm o

conhecimento, isto permite que curem as doenças, desde que estas sejam concebidas apenas como desequilíbrios biológicos; a ética garantiria que eles atuassem essencialmente em função do interesse de seus pacientes e assim a lógica tecnocrática não teria espaço para crescer.

Na medida em que a sociedade adota este sistema de tratamento e segue as suas prescrições, marcadamente em um sistema onde as possibilidades de acesso são bastante reduzidas e desiguais, é a lógica profissional que se torna o principal modo de regulação. Paradoxalmente, o apogeu do controle do sistema de saúde pela lógica profissional é atingido no momento em que são iniciados os sistemas de seguro-doença mas, a partir daí, a lógica tecnocrática dos agentes pagadores, que devem prestar contas diretamente à população e ao Estado, passa a contestar o monopólio da lógica profissional. Isto ocorre na metade dos anos 60, quando então o Estado passa a se inquietar com o crescimento das despesas de saúde ao mesmo tempo em que, apesar da progressão bastante rápida do número de médicos e de outros profissionais de saúde e das promessas da medicina tecnificada, a iniquidade dos sistemas de saúde permanece considerável (CONTRANDIOPOPULOS, 1996).

Uma mudança de perspectiva ocorreu por volta da metade dos anos 70, quando então a perspectiva não é mais oferecer a maior quantidade possível de serviços, porém encontrar um equilíbrio aceitável entre a quantidade, os custos e a qualidade dos serviços. O controle das despesas, a racionalização e a eficiência se tornam palavras chave no discurso sobre o sistema de saúde. Esta perspectiva procura inclusive se justificar numa maneira mais ampla de conceber o sistema de saúde, e até mesmo a saúde e seus determinantes.

O sistema de saúde é então descrito como a interação, no interior de um ambiente, de dois subsistemas: o sistema dos estados de saúde de uma população e seu sistema de tratamento, conforme afirmam autores como Contrandipoulos e de Pouvourville (1991). Esta definição traz os problemas de saúde da população e suas modificações para o centro da análise; são, assim, estes problemas e a capacidade do sistema de saúde em resolvê-los que legitimam sua existência. Tal definição reconhece, de maneira explícita, que os problemas de saúde encontram suas origens também no meio ambiente, nos hábitos de vida da população e nas predisposições biológicas dos indivíduos.

Esta ampliação da perspectiva permite examinar decisões diferenciadas entre a ação curativa do sistema de saúde e as políticas preventivas que, por sua vez, poderiam ser colocadas em prática porque intervêm sobre os outros grandes determinantes da saúde de uma população. Passa-se de uma lógica de maximização da oferta de serviços a uma lógica de regulação que visa “aumentar” a saúde da população ao menor custo.

Atualmente, como podemos constatar nas “recomendações” do Banco Mundial sobre como os países em desenvolvimento devem estruturar seus sistemas de saúde ou nas discussões sobre a atenção gerenciada nos Estados Unidos a preocupação é, claramente a redução dos custos a qualquer custo, procurando atribuir a cada indivíduo a responsabilidade sobre o cuidado a sua saúde, assim como o ônus financeiro necessário para restabelecê-la quando necessário. As decisões que esta perspectiva desencadeia apela à lógica política. Elas se apoiam sobre os dilemas cujos horizontes temporais e consequências

para a população são muito mais amplos, atingindo as outras lógicas de regulação.

No entanto, estudos europeus que analisam a evolução da mortalidade evitável por intervenções médicas mostraram que a mortalidade por causas evitáveis através de ações médicas declinou mais rapidamente nas últimas décadas do que as mortes por outras causas. Por outro lado, estudos considerando as variações geográficas mostraram que a mortalidade por causas evitáveis está consistentemente associada com fatores de ordem socio-econômica e que a correlação com a disponibilidade de serviços ou recursos de cuidado à saúde ainda é fraca e inconsistente, não podendo demonstrar assim diferenças na efetividade dos serviços de saúde (MACKENBACH, BOUVIER-COLLE e JOUGLA, 1989).

Se as variações geográficas na mortalidade evitável não mostram essa diferença, elas devem resultar de circunstâncias outras que não o simples provimento de cuidados à saúde, como por exemplo, aspectos mais específicos da distribuição dos cuidados à saúde e, certamente, estão relacionadas com as condições socio-econômicas desses países ou regiões. Estudos feitos no Brasil como os de Campos (1988), Tanaka (1994) e Santiago (1997) parecem corroborar estas hipóteses, destacando aspectos relacionados à gestão dos serviços e ao nível de incorporação de tecnologias apropriadas como determinantes das diferenças observadas na efetividade entre serviços de saúde de municípios próximos.

Outro aspecto paradoxal dos sistemas de saúde, que tem sido constatado pelos sistemas de informação organizados pelos organismos

pagadores e pelo Estado, é a existência de disparidades consideráveis na utilização dos serviços de saúde e estas diferenças não são explicáveis pelas diferenças nos estados de saúde (DALMASO, 1996). Ao mesmo tempo, a variabilidade de comportamento dos profissionais frente a um mesmo problema de saúde testemunha, por um lado, a incerteza inerente à atividade clínica, mas também o fato de que a lógica profissional é influenciável, seja pela natureza do problema de saúde do paciente, mas também por todos os outros condicionantes vinculados aos mecanismos de pagamento, pelo encanto da tecnologia, pelos projetos individuais de carreira e ainda pelas leis e regulamentos que estruturam o sistema de saúde.

Dessa maneira, na maioria das sociedades modernas a regulação do sistema de saúde torna-se um jogo permanente de negociação entre a lógica tecnocrática e normativa dos organismos pagadores, a lógica profissional ainda muito poderosa, o encanto ideológico e ilusório da lógica de mercado e a lógica política, que por um lado tenta renegociar uma partilha dos recursos entre o curativo e o preventivo e, por outro lado, é sensível à exigência da população de conseguir acesso à gama mais ampla possível de serviços de saúde. A cada uma dessas lógicas de regulação corresponde uma concepção parcial da doença, de suas causas, de seu tratamento assim como a uma concepção limitada da saúde e de seus determinantes.

1.2 Os determinantes da saúde, da doença e da demanda por serviços de saúde

Durante a primeira metade do século a medicina científica prevaleceu sobre as outras interpretações da saúde e da doença e a renovação da medicina acontece a partir do questionamento desses conceitos. Herzlich (1995) destaca que a idéia muito antiga de que a saúde é um modo de relação do homem com seu meio - *equilíbrio e desequilíbrio, onde intervêm fatores humanos, condições ecológicas e estruturas sociais* - volta a preponderar no final do século XX, em paralelo com os enormes progressos conseguidos na genética, na imunologia ou na neurofisiologia. Assim, fica cada vez mais claro que os principais determinantes da saúde de uma população se encontram no exterior do sistema de saúde.

No entanto, a atitude de muitos governos de reduzir os gastos com o sistema de saúde a fim de investir em setores que seriam desencadeadores de saúde a longo prazo não tem sido suficiente para melhorar a saúde das pessoas. Isto porque, em primeiro lugar os resultados sanitários imediatos dessa política não justificam a redução do acesso aos tratamentos, mas também, e mais fundamentalmente, porque a saúde não é simples e unicamente a outra face da doença (CANGUILHEM, 1966; De VRIES, 1981).

A melhora nos indicadores de saúde de uma população não tem por decorrência a redução proporcional dos problemas de saúde, mesmo porque qualquer pessoa que se *sinta* doente tende a acorrer ao serviço de saúde, conforme demonstram os dados dos sistemas de informação de qualquer sistema de saúde. Então, ao se escolher para falar da saúde de uma população

indicadores que são construídos a partir da mortalidade (esperança de vida ao nascer, taxas de mortalidade), não se pode ver a saúde tal como ela é percebida por quem tem uma dor ou está inquieto com um mal estar qualquer.

Por outro lado, se esta última perspectiva é assumida ao se falar de saúde, negligencia-se boa parte dos problemas biológicos ao nível de órgãos, tecidos, células e moléculas que os métodos modernos de diagnóstico e tratamento prometem identificar e corrigir (CONTRANDIOPOULOS, 1996). O mesmo autor, citando Lafaille e Lebeer, explica que as disfunções biológicas em si mesmas não possuem obrigatoriamente significação para os indivíduos. Tähkä (1988), por exemplo, observou que as enfermidades se avolumam em situações de vida em que ocorrem exigências excessivas sobre os indivíduos ou quando suas necessidades não são minimamente satisfeitas. Isso tem suscitado questionamentos a respeito da definição do normal e do patológico, ou seja, da saúde e da doença para os indivíduos, para os profissionais de saúde, para a sociedade e também das relações que existem entre esses dois conceitos.

Estes questionamentos remetem à concepção que se faz do mundo e do conhecimento e esta concepção, por parte da medicina moderna, dificilmente poderia ser definida sem uma compreensão das premissas da patologia (De VRIES, 1981). Segundo esses conceitos a doença é o resultado do desequilíbrio quantitativo de uma função do organismo vivo e a análise desse desequilíbrio pelos métodos científicos permitiria descobrir as causas e agir sobre elas para recuperar o estado normal de saúde dos indivíduos.

Nessa perspectiva, a doença é um fenômeno observável e quantificável, pois cada doença pode ser estudada separadamente e quando o desar-

ranjo é corrigido, também se corrigiria a doença. Esta visão de doença se baseia em uma visão positivista do mundo que reduz a questão do que constitui o normal a uma questão de valor medíocre, onde não há qualquer diferença de natureza entre o patológico e o fisiológico. Todo progresso científico residiria em um refinamento cada vez maior das técnicas que permitem observar os fenômenos biológicos e agir sobre eles. Essa concepção foi a origem de um desenvolvimento extraordinário da ciência biomédica e da medicina científica e é sobre ela que repousa a legitimidade dos sistemas atuais de tratamento.

Contudo, Canguilhem (1966) observa que *nenhuma cura é um retorno à inocência biológica* e talvez por isso a abordagem da medicina científica tem sido cada vez mais questionada, pois as disparidades da saúde, longe de diminuir, tem aumentado e as doenças não parecem ser independentes umas das outras. É fato cada vez mais claro que *a doença não é o inverso da saúde* e não se reduz ao mau funcionamento de um órgão, contudo existe uma diferença qualitativa entre o patológico e a saúde:

“... procurar a doença ao nível de uma célula é confundir o plano da vida concreta, onde a polaridade biológica faz a diferença entre a saúde e a doença, com o plano da ciência abstrata, onde o problema recebe uma solução. Nós não queremos dizer que uma célula não pode estar doente, se por uma célula se entende um todo vivo, como por exemplo um protista, mas nós queremos dizer que a doença de um ser vivo não se aloja nas partes de um organismo” (CANGUILHEM, 1966: 122).

É preciso então procurar compreender a saúde tal como ela é percebida e sentida pela pessoa e quais são os seus determinantes. Se a saúde não é o inverso da doença tampouco é definida a partir de normas e conjunturas.

A saúde é o silêncio dos órgãos, definiu Leriche, citado por Canguilhem (1966: 126). Este acrescenta que

“...a saúde é um conjunto de seguridades e seguranças, seguridade no presente e segurança para o futuro e que há uma segurança biológica que não é o excesso e que é a saúde. Gozar de boa saúde é poder ficar doente e se recuperar, é um luxo biológico.”

Outro aspecto das práticas de saúde que tem sido questionado diz respeito à separação entre a medicina exclusivamente curativa e as ações consideradas essencialmente preventivas, em especial aquelas representadas pelas ações sobre o ambiente e os hábitos de vida. Esse questionamento se acentua quando observamos que o ambiente social pode exercer um importante papel curativo, assim como a existência de um sistema de tratamento efetivo dentro do sistema de saúde pode ter uma função preventiva, inclusive em decorrência do sentimento de confiança que ele gera entre os usuários. Dessa forma, a melhoria da saúde depende, em proporções desconhecidas, da qualidade do meio ambiente, da qualidade de vida proporcionada pelo nível de prosperidade geral do país e da qualidade dos serviços de saúde (CONTRANDIOPOULOS, 1996).

Mesmo quando trazemos essa análise para confrontar com a realidade das sociedades modernas, observamos que o que se coloca acima é pertinente. Como exemplo, podemos tomar os questionamentos de Asa Laurell, para quem *“...é evidente que o desemprego, os baixos salários, as más condições de trabalho e as péssimas condições de vida são as principais causas das doenças e mortes prematuras na América Latina”*, mas isto não significa que as

ações específicas de saúde e o acesso aos serviços médicos devam ter baixa prioridade e se reduzir à atenção mínima, conforme apregoa o Banco Mundial no documento "Investir em Saúde" A autora afirma ainda que

"... a separação que o Banco Mundial faz entre os serviços chamados de essenciais (destinados aos pobres) e os demais, merece análise cuidadosa, já que a integração entre o pacote básico de saúde e os serviços oferecidos pelo mercado é um aspecto crucial para o sucesso do sistema. Ao se utilizar estas denominações estaria se supondo que há classes de serviços que preservariam a saúde e outras que seriam escolhidas pelos indivíduos, como se constituíssem um serviço não necessário. Os serviços essenciais, por sua vez, se definiriam como tal não por suas características próprias, mas por seu baixo custo e alto rendimento, levando-se em conta os chamados pelo próprio Banco Mundial de Años de Vida Ajustados por Discapacidad "(LAURELL,1997: 27).

Nestes últimos anos temos vivenciado uma situação que se caracteriza pela desobrigação dos governos em procurar superar ou ao menos atenuar a exclusão social produzida e amplificada pelo modelo econômico e social vigente na grande maioria dos países. Barata (1997) afirma que a conjuntura internacional dos anos 90 trouxe a onda neoliberal e com ela a revisão do papel do Estado, com seus porta-vozes apontando os avanços sociais conquistados nas décadas anteriores como resquícios arcaicos das revoluções sociais que haviam marcado a primeira metade deste século. Considera na sua análise que este tipo de visão acabou por criar as condições ideais para que, sob a afirmação das liberdades individuais, da autonomia e da responsabilidade dos cidadãos com a própria vida, aí incluídos os cuidados com a saúde, se ocultar propostas de

redução das responsabilidades estatais na construção de sociedades mais justas e solidárias.

Em nosso país as consequências dessa política que privilegia as condições individuais em detrimento das concepções coletivas, solidárias e emancipatórias têm sido nefastas: o desfinanciamento progressivo do setor, a deterioração da rede física de serviços, a incapacidade de regulação por parte do Estado e o descompromisso frente às inúmeras carências de uma população profundamente desgastada pelas difíceis condições em que vive.

Isto tem colocado em xeque os princípios que estiveram e estão na base do direito à saúde como fundamento do SUS. Um desses princípios, a universalidade, é desrespeitado pelas inúmeras propostas de focalização, não só dos programas assistenciais, como das medidas de prevenção e dos programas de promoção da saúde, quando se nota que a população é segmentada de acordo com a sua inserção social e consequente capacidade de se apresentar no mercado competindo por bens e serviços, muitas vezes de qualidade bastante duvidosa.

A integralidade das ações também não é garantida, face às inúmeras iniciativas de constituição da chamada cesta básica de benefícios, considerando que o direito à saúde não pode ser reduzido à prestação de cuidados básicos, pois qualquer tentativa de estabelecer distinção entre os serviços que estariam a cargo do Estado e aqueles que seriam adquiridos no mercado através das diferentes modalidades de seguros representa a quebra do princípio da integralidade.

Segundo esta visão caberia ao Estado apenas identificar e classificar os mais carentes e tão somente a eles dirigir suas políticas sociais, obtendo, por

meio da focalização, a maximização dos resultados. Diversos autores concordam que, face ao empobrecimento crescente e à exclusão de parcelas cada vez mais significativas da sociedade, tais políticas não têm demonstrado a efetividade que delas se esperava, passando a se constituir em novos mecanismos de exclusão e iniquidade (*) (LAURELL, 1997; BARATA, 1997; SANTOS, 1997; WHITEHEAD, 1994).

Por outro lado, há fatos que demonstram que a alternativa do contrato privado e individualizado tem resultado em aumento notável da iniquidade no acesso dos serviços de saúde, além de se registrar um aumento no custo tanto para o Estado como para os indivíduos e para as empresas, não garantindo melhores níveis de satisfação tanto para os usuários quanto para os profissionais de saúde, além de não proporcionar melhorias no nível de saúde da população atendida (LAURELL, 1997; WHITEHEAD, 1994; JORDANOWSKI e GUIMARÃES, 1994). Corroborando com estas afirmativas, Merhy, Iriart e Watzkin (1996) consideram que os caminhos mais ideologicamente comprometidos com a noção de que os processos de privatização dos serviços de saúde trazem grandes benefícios na relação custo e qualidade de assistência não tem tido comprovação empírica em nenhum lugar. Ao contrário, citam que, em recente estudo comparati-

(*) Milton Santos, em "A escassez como motor da história", faz contundente contraponto com conceitos que tem sido difundidos recentemente como o de que... "o paradigma da escassez foi substituído pelo da qualidade", ao dizer que ... "a convivência com a escassez para os não possuidores é aflitiva porque, para os pobres, viver no mundo do consumo é como subir uma escada rolante no sentido da descida. Não há negociação possível. É por isso que as experiências entre os pobres se renovam. É essa prontidão dos sentidos que lhes faz ter o sentido da história" - afirmou ao fazer duras críticas aos intelectuais, às classes médias e aos ricos, por terem suas consciências "amaciadas" pelo conforto material (SANTOS, 1997).

vo de modelos de atenção à saúde entre os chamados países de primeiro mundo, Donizelli, analisando as suas eficácias, mostra nítida vantagem dos sistemas que tem uma forte presença reguladora do Estado em relação aos outros e que isso não se traduz necessariamente em serviços maciçamente estatizados ou de custo mais elevado.

1.3. A autonomia dos sujeitos e a qualidade de vida

Quando falamos a respeito de saúde logo nos vem à mente os conceitos referentes a qualidade vida e, quando nos restringimos à qualidade da vida humana, torna-se necessário nos referir aos conceitos de autonomia, sujeito e autonomia dos sujeitos, assumindo desde já, neste trabalho, esta última como componente essencial da qualidade de vida humana.

Diversas áreas do pensamento humano, como a filosofia, a antropologia, a psicanálise tem mostrado a insuficiência, o etnocentrismo e a relatividade que caracterizam um certo formalismo na maneira como o homem ocidental se define como sujeito, indicando que nem sempre a coerência lógica das definições espelha a complexidade da realidade (SEGRE, SILVA e SCHRAMM, 1998). Da mesma forma, esses autores afirmam que a “*autonomia é uma abstração*” e, partindo do pressuposto que ela existe, admitem que essa crença se relaciona com aspectos da afetividade e não apenas do pensamento racional.

A palavra autonomia se origina do grego, pela junção do adjetivo pronominal *autos*, que significa ao mesmo tempo “o mesmo”, “ele mesmo” e “por si mesmo”, com a palavra *nomos*, que significa “compartilhamento”, “lei do compartilhar”, “instituição”, “uso”, “lei”, “convenção” (CASTORIADIS, 1988). Assim, autonomia pode ser definida como a “*competência humana em dar-se as suas próprias leis e compartilhá-las com seus semelhantes*” ou “*a condição de uma pessoa ou de uma coletividade, capaz de determinar por ela mesma a lei à qual se submeter*” (SCHRAMM, 1998).

O princípio de autonomia pode ser entendido naquilo que é chamado por Jauss (in SEGRE et al., 1998) de *protomodernidade* da primeira comunidade cristã, quando esta construiu sua autocompreensão, rompendo com a tradição anterior, essencialmente pagã. Mesmo que se possa falar em autonomia no período anterior ao pensamento cristão, se entendermos que o processo de autonomização consiste na progressiva liberação das explicações puramente míticas, que conferiam às forças naturais poderes que intervinham na vida humana as quais os homens deveriam conjurar ou tornar favoráveis aos seus próprios desígnios. A passagem de um universo animado por tais forças a um mundo conhecido racionalmente, ainda que em parte, já configura um processo de autonomização.

No entanto, o pensamento cristão, ao cunhar a noção de alma individual criada por Deus, fez do homem uma criatura relacionada diretamente com o criador e, neste sentido, liberta, ao menos em princípio das injunções naturais. O destino transcendente da alma faz com que o mundo, entendido como

o conjunto de elementos naturais, seja para a alma apenas um cenário de peregrinação rumo ao seu verdadeiro destino (SEGRE et al., 1998).

Já dentro da tradição da cultura moderna, essencialmente tecnocientífica e humanístico-individualista, o princípio da autonomia se vincula à relevância que o sujeito assume na modernidade, inseparável da reivindicação de liberdade de pensamento, da hegemonia da razão frente aos dogmas religiosos e ao peso da tradição. O significado de autonomia passa a ser compreendido não apenas como a tentativa de apreender racionalmente o mundo, mas também de dominá-lo e submetê-lo às finalidades humanas, por via do desempenho de uma razão subjetiva e independente.

Ao advento histórico do individualismo moderno, entendido como a formação do “eu pessoal” (*self*), corresponde o processo de construção da identidade moderna ao longo do qual o sujeito vai progressivamente incorporando o papel de fundamento do conhecimento e da ação, e a razão humana assume a função de ponto de partida de qualquer julgamento sobre a realidade (DUMONT, 1993).

Atualmente, assiste-se a uma ampla reavaliação crítica de alguns dos principais resultados da modernidade, a começar pelo “individualismo”, em particular o norte-americano, que passa a ser considerado, simultaneamente, como a melhor conquista da humanidade, pois teria emancipado o homem dos ordenamentos pré-estabelecidos do cosmos, da divindade, e também como uma das principais causas do “mal-estar da humanidade”. Ressalte-se que a crítica ao individualismo moderno tem longa tradição, desde a crítica à democracia norte-americana feita por Tocqueville (1981), que a definiu como mera aspiração aos

“pequenos prazeres vulgares”, chegando até Bloom (1987) que recentemente estigmatizou o relativismo individualista norte-americano como uma verdadeira “falta de abertura mental”.

O desenvolvimento da ciência e o progresso técnico efetivamente ocorreram, e numa dimensão grandiosa, mas as finalidades a que eles deveriam servir não estão sendo cumpridas a contento. Vivemos num mundo em que todos os aspectos da vida são burocraticamente administrados, em que a produção e o consumo formam um círculo do qual não parece ser possível sair, em que o domínio total da racionalidade técnica submete inteiramente as opções e os desejos, em que o espaço público foi esvaziado tornando a liberdade uma mera abstração. Um mundo assim constituído não é certamente o da realização da emancipação, mas sim aquele em que o processo de liberação humana teria resultado contrário (SCHRAMM, 1998).

É possível identificar na cultura contemporânea uma tendência, que se torna mais explícita a partir dos anos 80, que consiste em rever a separação entre os métodos das ciências naturais e os das ciências humanas, como pode ser observado na utilização crescente do prefixo *auto* em vários âmbitos disciplinares, como, por exemplo, nas ciências biológicas onde, a partir do ponto de vista construtivista e do método da complexidade, considera-se que todo ser vivo tem a capacidade de se auto-criar e auto-organizar, chegando-se a falar até em autonomia biológica. Não se pode, no entanto, ignorar a especificidade do âmbito complexo em que a autonomia humana deve ser discutida, pois seria difícil incorporar numa única dimensão interpretativa os fenômenos biológicos de menor complexidade e a capacidade humana de transcender pela linguagem e pela

técnica as leis naturais, em particular as leis que os demais seres vivos estão submetidos por necessidade até de sobrevivência. Há certamente uma maneira humana de viver, caracterizada, em essência, pela *sociabilidade* e pela *historicidade*.

Outro ponto a ser destacado diz respeito à distinção que deve ser feita entre os princípios da beneficência e da autonomia. Do ponto de vista ideológico eles se opõem diametralmente: de um lado, no caso da beneficência, estabelece-se um consenso sobre o que é bom para a pessoa, estrutura-se um padrão quanto à forma em que ela deve pensar e agir, cria-se a noção (estatística) de doença em contraposição à de normalidade e aceita-se a idéia de que é lícito, à sociedade, intervir sobre o “anormal”, mesmo que contrariamente à vontade do sujeito.

Essa postura, no entendimento de Segre et al. (1998), parte de um encadeamento lógico pelo qual “ninguém é dono de si mesmo” e caberia à família, à entidade hospitalar ou ao Estado o direito de moldar os indivíduos segundo determinados padrões. Isto reflete uma ideologia característica da era feudal ou do Estado autoritário, segundo a qual “o Governo” precisa do cidadão para utilizá-lo quer como força de trabalho, quer para defesa da integridade do grupo. Dentro desta ótica a vida deixa de ser um bem do qual o indivíduo pode dispor como desejar, para ser algo pertencente à família ou à nação.

Os mesmos autores apontam de forma bastante consistente o ideal “beneficente” em saúde como sendo basicamente paternalista, na acepção concreta do termo, que vê o pai agindo autoritariamente com relação ao filho, em face da necessidade de protegê-lo contra riscos que ele não estaria preparado

para enfrentar. A autonomia, apreendida conceitualmente, situa-se no polo oposto: a idéia básica é que todo ser humano pode decidir por si mesmo, pareça justa ou não a sua conduta; não se julgam as razões de quem quer que seja para pensar, sentir ou agir. Obviamente, esse nível de autodeterminação chega até o ponto em que o “pensar diferente” ou o “agir diferente” não resultam em danos para outras pessoas, ainda que possa haver para a própria pessoa, conforme preconizam radicalmente os autonomistas.

Ainda segundo essa visão, a própria intervenção do médico sobre o paciente, ou ampliando seu alcance para o objeto deste trabalho, do trabalhador de saúde sobre o paciente, só pode ser admitida quando este último solicita ajuda, caso contrário estará prevalecendo o interesse social (como é o caso dos pais ou do próprio Estado protegendo ou intervindo sobre os menores) ou de defesa da comunidade (caso da intervenção compulsória sobre pessoas de conduta conflitante com os padrões culturais de uma comunidade). Fica claro que os autonomistas procuram dismistificar a visão da existência de uma Lei Natural, de nítida inspiração religiosa, segundo a qual o Homem não é *sujeito*, com relação ao seu destino, e sim objeto de algo pré-ordenado que ele não poderá modificar ou até mesmo entender.

Ao estudarmos o trabalho em saúde e o trabalho médico em particular, esses conceitos devem servir como direcionamento, assumindo desde já que o conceito de que o trabalho médico *institui saúde*, e assim contribui aumentar o grau de autonomia dos pacientes ou, segundo outra abordagem, pode e deve, ao fazer isso contribuir para tornar os pacientes sujeitos, e agindo, radicalmente, em defesa de sua vida. Dessa maneira, o respeito à autonomia dos

sujeitos não pode de forma alguma ser confundido ou justificar a omissão do cuidado, pois o matar ou o deixar morrer ou sofrer assumem idêntica conotação ética, sendo responsabilizado juridicamente da mesma maneira aquele cuja ação ou a omissão tenha resultado em dano a qualquer pessoa.

Neste ponto é importante destacar as idéias e propostas que se nota entre autores que se denominam autonomistas e os que atuam dentro do Movimento Institucionalista ou Instituinte, como se percebe na definição dada por Barembliit (1992):

“O movimento institucionalista é um conjunto heterogêneo, heterológico e polimorfo de orientações, entre as quais é possível encontrar-se pelo menos uma característica comum: sua aspiração a deflagar, apoiar e aperfeiçoar os processos auto-analíticos e autogestivos dos coletivos sociais”.

1.4 O modelo médico hegemônico e a qualidade da atenção à saúde

Muitos autores, como Testa (1992), tem demonstrado que o trabalho médico ao se reduzir a uma *racionalidade* acaba por limitar seu núcleo de responsabilidades ao corpo enfermo, constituindo-o como seu objeto de trabalho exclusivo. Este, no entanto, segundo este autor sofreu certas transformações ao longo da história, que estão relacionadas com dois tipos de razões: a eficácia dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos ou seja, a sua *razão interna* da prática e o seu significado, a sua *razão externa*.

Esse autor aponta que existe a tendência de uma certa forma de prática, nos países desenvolvidos, de cuidar dos pacientes em lugar de curá-los e que isto estaria de acordo uma redução da eficácia curativa da medicina diante

das transformações da patologia atual, esta sendo, no momento, a sua *razão interna*. Em outras circunstâncias, nem se cuidam, nem se curam os doentes, devido à existência de um excesso de força de trabalho – esta a sua *razão externa* – que torna desnecessária sua reposição ou manutenção. Na mesma linha Testa entende que:

“Isto significa que o corpo de um doente , embora seja o mesmo, em qualquer circunstância de tempo ou lugar, não o é quando as circunstâncias mudam. Pode-se processar um objeto de igual maneira em circunstâncias diferentes? Sim, se pode, porém as consequências serão diferentes; como vão ser não só em suas consequências sociais, como também no terreno mais limitado e preciso do biológico individual.”(TESTA, 1992:)

A consequência mais perniciosa aí apontada é a mudança de caráter sofrida pela medicina, na qual um produto da mente humana torna-se independente da mesma, passando a dominar seu produtor original, caracterizando aquilo que foi chamado por Marx de fetichização. Testa destaca que o corpo enfermo não é isolável como objeto de trabalho científico; se for isolado, a prática perde eficácia ao ser aplicada sobre um objeto abstrato, isto é, sobre um objeto que não pode ser objeto de trabalho.

Esse modo de analisar a prática médica reconhece, no entanto, os êxitos alcançados na suas versões avançadas, sofisticadas e modernas, mas isto é atribuído a um modo muito particular, distorcido, de se considerar seus objetivos. Estes, em muitos casos, estariam mais relacionados aos interesses da prática em si do que às reais necessidades dos pacientes, num processo de burocratização das práticas sociais típico das sociedades capitalistas, onde sua determinação é

atribuída a comportamentos individuais, ocultando a maneira pela qual as concepções ideológicas do capitalismo invadem os diversos espaços do trabalho social (TESTA, 1992).

A postura crítica de Testa ao analisar o modo como tem se dado o trabalho médico em nosso meio, em especial nos países chamados periféricos, assinala que quando o corpo doente é tratado como mercadoria, o problema recebe um tratamento comercial, onde se disputa a apropriação da mais-valia gerada nos processos de trabalho social, enquanto se procura conservar o valor que justifica a própria existência da mercadoria pelas condutas absurdas ou patéticas assumidas com o corpo doente. Para ele a prática médica dos países capitalistas se organiza ao redor dessa concepção.

A relação médico-paciente não é a relação humanitária, pessoal, postulada para ela. É simplesmente uma relação de transações comerciais entre um cliente e um fornecedor, independentemente se o serviço prestado corresponde às necessidades de quem o recebe. A forma global da prática não é instituída de modo a facilitar a solução dos problemas de acesso dos pacientes ou uso de recursos; organiza-se de modo mais ou menos espontâneo, entre seus diversos contendores, para resolver a disputa gerada ao redor da apropriação da mais-valia. O conhecimento gerado nesta prática não é o saber que domina e transforma a natureza, mas o que se põe a serviço da exploração das pessoas. O ensino da medicina, a partir desse acúmulo de relações, nada mais faz do que consolidar, com base em um círculo verdadeiramente vicioso, a fetichização do corpo do doente.

Apesar das contundentes colocações a respeito do papel da instituição médica como aparelho ideológico (ou hegemônico) do Estado capitalista, sendo esta considerada sua *função social* nesse contexto, Testa adverte que isso não deve ser tomado como um ataque à *função médica* da medicina que, admite, não só é necessária, como sejam quais forem as condições existentes nas sociedades capitalistas dependentes, continuará sendo cumprida, e é de se desejar que seja cumprida da melhor forma possível, inclusive a partir de uma verdadeira tomada de consciência de sua função social por parte dos profissionais de saúde.

Paralelamente, outros autores analisam que as mudanças e a fragmentação crescente da prática médica estão relacionadas com a busca da sua identificação como uma prática essencialmente científica que estaria sempre procurando garantir a exatidão e a diminuição da interferência dos aspectos subjetivos presentes no processo saúde-doença e na relação médico-paciente, como se pode observar pela vinculação do desenvolvimento técnico-científico da medicina com a consolidação e legitimação da ciência positivista moderna, matemático-experimental (CAMARGO JR., 1993).

Ao analisar a prática médica através de seu discurso, Clavreul (1983) mostra que não é possível a introdução da subjetividade no espaço da consulta médica pois

“...é inexato dizer que a medicina despossui o doente de sua doença, de seu sofrimento, de sua posição subjetiva. Ela despossui, do mesmo modo, o médico chamado a calar seus sentimentos, porque o discurso médico exige. Ao mesmo tempo que o doente, como indivíduo, se apaga diante da doença, o médico enquanto pessoa também se apaga diante das

exigências de seu saber (...) Prevalece a instituição médica, lugar da totalidade do discurso médico e da qual o médico é anônimo representante e a doença objeto constituído pelo próprio discurso médico, sendo o homem apenas anônimo terreno no qual a doença se instala” (CLAVREUL, 1983: 13)

Para Camargo Jr. (1993) a racionalidade técnico-científica que caracteriza a prática médica hegemônica traz consigo o processo de especialização e fragmentação da prática próprio do modelo de ciência adotado pela medicina que, para ser científica, deve ter um caráter de características bem definidas: *generalizante*, através da produção de um discurso de validade universal que proponha modelos e leis de aplicação geral; *mecanicista*, com princípios de causalidade linear, traduzíveis em mecanismos; e *analítico*, em que a abordagem teórico-experimental adotada pressupõe o isolamento das partes e o todo seria dado pela soma das mesmas.

Dentro dessa linha de análise, outra consequência nefasta da prática médica técnico-científica é a alienação da medicina de seu principal objetivo: a diminuição ou a eliminação do sofrimento e da dor. Para Camargo Jr. os médicos agem, de forma geral, como se as doenças fossem objetos concretos, esvaziados de qualquer significado, seja psíquico, seja cultural. Isto faz com que, frequentemente, aquilo que o médico vê como problema seja bastante diverso da preocupação dos pacientes. Para o médico o sofrimento é irrelevante, e o paciente, fonte de distorções. Sua relação se dá com a doença, e o paciente é um mero canal de acesso a ela. Um canal muito ruim, por sinal, já que introduz “ruídos” em níveis insuportáveis. Assim, para esse médico, a única realidade concreta é a doença (CAMARGO JR., 1992).

Esses autores procuram contrapor ao discurso médico o discurso psicanalítico. Este, por estar sempre em busca dos conteúdos dos sujeitos, teria maior consideração pelos aspectos subjetivos que estão sempre presentes no processo de adoecimento e na própria abordagem deste pelo médico em seu trabalho cotidiano. Também aí se nota uma crítica radical à instituição médica, pois para esses autores a exclusão da subjetividade tanto do médico como do paciente não permite que exista uma relação médico-paciente, mas uma relação instituição médica-doença. A cura da doença dependeria da observância de ritos médicos, independentemente dos sentimentos conscientes ou inconscientes que o doente tenha pelo médico. A não abordagem do sujeito seria decorrente de um desconhecimento sistemático e estruturante do discurso médico que se constitui num obstáculo epistemológico ao caráter hegemônico do saber e do poder médico. Essa rejeição à normatividade do discurso médico chega ao ponto de considerar impossível e indesejável a introdução do discurso psicanalista na consulta médica por considerá-la um modo de subordinação à ordem médica.

Mesmo concordando com muitas das críticas ao modelo e à prática da medicina científica, flexneriana, é importante neste momento apontar outros posicionamentos a respeito do trabalho médico. Serão estas proposituras, quase todas de elaboração mais recente, que irão balizar as análises e propostas contidas neste trabalho, procurando assim chegar aos objetivos já definidos. Refiro-me, essencialmente, aos autores vinculados ao movimento institucionalista, a toda produção vinculada ao LAPA./DMPS/ UNICAMP (Sousa Campos, Cecílio, Merhy et al.), a Donnangelo, Mendes-Gonçalves, Schraiber e, no que se refere às metodologias de avaliação, às propostas advindas do Planejamento Estratégico

Situacional, além daquelas de cunho construtivista advindas das ciências sociais, como as apresentadas por Guba e Lincoln.

1.5 Os modelos técnico-assistenciais, o trabalho médico e a construção de um modelo em defesa da vida

A prática médica é uma prática social e modifica-se a todo instante de modo articulado às transformações sociais e ao modo específico de produzir bens e serviços, com implicações nas concepções do processo saúde-doença, nas formas de apreensão e intervenção nas doenças e ainda nas características da relação médico-paciente.

Para Schraiber (1993), a importância que o corpo adquire como fator de produção do capital acaba por colocar para a medicina, como o objeto e finalidade do seu trabalho, a sua manutenção e a sua recuperação, através de processos que permitem a objetivação do sofrimento do doente, como a anamnese e o exame físico. A legitimação da prática médica se dá pela sua capacidade de explicar a doença, o doente e a própria intervenção sobre o corpo doente, não se assumindo, no entanto, como prática social: *“...ao contrário, vivenciados através da singularidade do doente e tomados sempre na particularidade do caso, os elementos da vida social são drasticamente reduzidos para o plano da essência natural e biológica do doente”*.

Outras transformações ocorreram no processo de trabalho médico, e segundo Schraiber (1992), podem ser sintetizadas em três direções que são complementares e justapostas: a primeira, sobre as relações sociais dos agentes de trabalho, que se transformam na medida que os custos dos equipamentos

modificam a possibilidade de apropriar-se deles, levando ao assalariamento; a segunda, sobre a prática clínica, que antes era sustentada por um saber e que passa a assentar-se num trabalho ultra-técnico e tendencialmente impessoal; por último, a racionalidade clínica que, sob formas progressivamente mais objetivas, multiplica seu poder de reproduzir na sociedade as ideologias que explicam a saúde e a doença como fenômenos individuais e naturais, induzindo à noção de que a saúde e, principalmente, a sua preservação ou a sua recuperação se resumem, essencialmente, a uma questão de consumo de bens e serviços (SCHRAIBER, 1992).

Assim, a medicina deixa de ser encarada como sacerdócio e o médico passa a ser encontrado em três configurações: como profissional assalariado, como empresário, proprietário de bens de produção ou de serviços ou como técnico especializado, operador de máquinas, sem contato direto com o doente. O espaço para os cuidados relativos aos sentimentos pessoais diminuiu ou se tornou objeto de uma abordagem também especializada e fragmentada e a incorporação extensiva e intensiva da tecnologia material acarreta o desprezo pela subjetividade, valorizando os atos/técnicas de caráter científico e objetivo, supostamente depurados de juízo de valor. E não é apenas o paciente que é despossuído de sua subjetividade, mas também o próprio médico, ao se alienar como sujeito de seu próprio processo de trabalho, como mostra Merhy (1994):

“...o processo de objetivização do usuário que o trabalho em saúde produz, ao reduzi-lo a um corpo individual ou coletivo, que porta problemas identificáveis exclusivamente pelos saberes estruturados que presidem a relação, também é um processo de

objetivização do trabalhador de saúde, que se torna um mero depositário do saber que o comanda” (MERHY, 1994:121).

Analisando pelo lado do usuário, Sousa Campos (1992) afirma que o usuário de um serviço de saúde vai atrás de um consumo de algo (as ações de saúde) que tem um *valor de uso* fundamental e que é o de permitir que a sua saúde seja ou mantida, ou restabelecida, e assim essa troca permite para ele o acesso a algo que tem como valor de uso a produção de um bem cuja finalidade para o consumidor é o de manter ou produzir algo que para ele tem um valor de uso inestimável, o de se manter vivo e com autonomia para exercer seu modo de caminhar na vida. Para Sousa Campos este é um processo que guarda características muito próprias, principalmente quando se discute o conceito de necessidade.

Esse conceito foi extensamente desenvolvido por Stotz em sua tese de doutorado “Necessidades de Saúde: mediações de um conceito”, que concluiu entre outras coisas, conforme sintetizado por Cecílio e Matsumoto (1998: 2), que:

- Embora a saúde seja um bem coletivo, que dia respeito a toda a sociedade, a doença tem características individuais.
- A dimensão social dos fenômenos da saúde é a síntese das exigências, das condições particulares de cada homem ou mulher.
- As necessidades de saúde são sempre históricas, dinâmicas e cambiantes.

- As necessidades de saúde têm um componente de natureza subjetiva e individual, o que significa admitir, explicitamente, o valor e as implicações decorrentes deste valor: o individual.
- Necessidade de saúde não é um conceito suscetível de ser defendido nem pelo indivíduo isolado, livre, abstraído de suas relações sociais concretas, nem pela estrutura social colocada de forma genérica.

A partir daí esses autores elaboraram uma taxonomia de necessidades de saúde que as agrupa em quatro categorias: necessidade de boas condições de vida, garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida, necessidade de ter vínculo com um profissional ou equipe (sujeitos em relação) e necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de “andar a vida” (construção do sujeito) (CECÍLIO E MATSUMOTO, 1998: 4).

As necessidades de boas condições de vida é um conceito que foi trabalhado dentro do funcionalismo-humanista de San Martin e por autores marxistas como Berlinguer (“a doença como expressão de forças produtivas que agem sobre a sociedade”), Franco (“a saúde como conjunto de possibilidades de vida e Castellanos (“a reprodução humana implica a reprodução da vida”). Essas concepções estão materializadas em modelos tecno-assistenciais como “Cidade Saudável” ou os SILOS, fazendo parte do discurso clássico da Saúde Pública e da Organização Mundial da Saúde (Saúde para todos no ano 2000) (SILVA JR., 1996).

A garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida está dentro das taxonomias clássicas de saúde desenvolvidas por Bradshaw e Pineault e inclui toda a concepção de Ação Programática conforme é apresentada por Schraiber, Nemes e Dalmaso e também a concepção de necessidade individual, do modo que é apresentada por Sousa Campos.

A necessidade de ter vínculo com um profissional ou equipe expressa a condição própria do trabalho em saúde, onde temos permanentemente *sujeitos em relação*. São incorporadas aí as idéias defendidas por Sousa Campos e Merhy no “modelo LAPA”, baseado na recuperação do vínculo existente na clínica. Aí são incorporadas as idéias de Saúde da Família da forma elaborada pelo Ministério da Saúde e adaptada às várias experiências conduzidas em muitos municípios brasileiros.

Quando nos referimos à *necessidade de autonomia e auto-cuidado na escolha do modo de andar a vida* nos reportamos às idéias defendidas por Merhy e Sousa Campos, com base nas idéias de Canguilhem (os modos de andar a vida), incorporando também as idéias do pensamento crítico da Educação em Saúde.

Outro ponto importante que caracteriza os serviços de saúde, nos lembra Merhy (1997), é que o consumo pelos usuários de uma ação de saúde se dá imediatamente, no momento da produção da ação, ou seja, em ato e esta nunca está sendo ofertada no mercado como “coisa externa”. Desse modo temos, no caso da produção/consumo dos atos de saúde nos momentos finais, assistenciais, a construção de um espaço *interseção* entre o usuário e o trabalhador produtor do ato, no qual o trabalhador vem instituindo necessidades e

privilegiado que Sousa Campos (1997) coloca para os trabalhadores no sentido de reinventar os modos de trabalhar cotidianamente nos serviços de saúde(*).

Na luta por um cenário em que a solidariedade e a defesa da vida se sobreponham às lógicas de mercado e às médico-privatistas, é necessário o rompimento com certos paradigmas que herdamos, procurando superar os modelos de intervenção estatal, profundamente restritivos e burocráticos, muitos dos quais advindos de uma longa tradição médico-sanitária, e partirmos para uma verdadeira integração com o que há de melhor na clínica e na saúde pública no Brasil, construindo um novo modo de se fazer saúde, de forma pública e para o público (MERHY, ONOCKO et al, 1997).

*) Merhy utiliza em seus textos o termo *interseções* como derivado das palavras *interseção* e *intervenção*, referindo-se a um sentido atribuído a Giles Deleuze, no livro *Conversações* (Rio de Janeiro, Ed. 34, 1992:151-168): "...o termo será utilizado para designar o que se produz nas relações entre 'sujeitos', no espaço das suas interseções, que é um produto que existe para os 'dois' em ato e não tem existência da relação em processo, e na qual os *inter se* colocam como instituintes na busca de novos processos...". Mais detalhes sobre essa questão são tratados no capítulo pelo autor, "O SUS e um de seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde", in TELXEIRA, S.F. *Movimento Sanitário: 20 anos de democracia*.

CAPÍTULO 2

O TRABALHO MÉDICO NO AMBULATÓRIO: A AVALIAÇÃO E O CONTROLE DA SUA QUALIDADE

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE

2.1 A qualidade do ato de cuidar em saúde

A definição da qualidade é difícil em circunstâncias em que não existe um produto real, mas somente um modo como uma tarefa é executada. Walsh (1993) classifica os produtos em dois tipos: os produtos de investigação, cuja materialidade permite o controle de qualidade após a produção e antes do consumo, e os produtos de experiência, os serviços, que só podem ser apreciados e julgados simultaneamente à produção ou após o seu consumo, a sua apropriação pelo cliente, como no caso dos serviços de saúde.

Ao trabalhar a questão, Nogueira (1994) considera que seria mais adequado falar das qualidades, independentemente do valor final que se queira dar às coisas, em função de cada uma delas. Considera, então, que uma qualidade se opõe a outra, isto é, admite contrários, que varia de grau e que pode ser comparada a outra. Contudo, o que transparece no final do processo, segundo o autor, é muito mais a sentença, como uma espécie de veredicto, o resultado final. Assim, transparece no decorrer do processo da prestação de um determinado serviço o conceito de *valor de uso*, que a economia clássica define como o conjunto de qualidades das coisas, consideradas em sua capacidade de satisfazer as necessidades humanas.

Nogueira listou então algumas especificidades dos serviços de saúde que são as mais comumente citadas nessa discussão. Afirma que uma boa parte das empresas de serviços de saúde e hospitais não é movida pela busca de lucro, nem a curto nem a longo prazo; por outro lado, o mercado de serviços de saúde funciona com um nível relativamente reduzido de competitividade; portanto, uma

das principais alavancas para o deslanche e a sustentação dos programas de qualidade está ausente nessa área; por outro lado, a variabilidade dos produtos ou serviços oferecidos nos hospitais e clínicas decorreria de uma exigência técnica de adaptação às necessidades de cada indivíduo (*"cada enfermo é um caso e não uma doença"*) e não há como padronizar o conjunto das atividades clínicas, na medida em que estão afetas ao juízo do médico, o qual arbitra em condições concretas acerca das necessidades do paciente.

A produção dos serviços de saúde é executada por um grupo extremamente heterogêneo de agentes, em que aparecem, de um lado, os médicos, e, de outro, uma ampla gama de trabalhadores, com níveis educacionais e de qualificação profissional muito distintos entre si, daí resultando interesses e motivações conflitantes, que dificultam a construção de um espírito de equipe e o orgulho quanto à qualidade dos serviços prestados.

Marx (1992) afirma que o valor de uso é a qualidade substantivada, tomadas apenas aquelas propriedades que são úteis para o consumidor, sendo identificado tanto nos bens materiais que são produzidos quanto nos serviços, que é a utilização efetiva, individual ou coletiva, de diversos valores de uso, proporcionados por uma combinação cada vez mais complexa de bens materiais e força de trabalho. De modo interessante, Marx afirmou ainda que a maior ou menor utilidade das mercadorias e suas propriedades concretas não são objeto de indagação da economia. O mesmo se aplica ao setor de serviços, com especial destaque aos serviços de saúde.

Na indústria, de acordo com Donabedian (1982), existe uma preocupação contínua com as necessidades definidas pelo consumidor e em

traduzi-las para as características dos produtos. Dessa forma o consumidor se torna, de fato, parte da linha de produção. As diferenças entre a indústria e os serviços de saúde são significantes: a satisfação do consumidor é importante em ambos, mas, provavelmente, nenhum serviço de saúde vai alocar sua equipe de garantia de qualidade junto ao setor de *marketing*. Se na indústria os consumidores são, teoricamente, parte da linha de produção, nos serviços de saúde eles são “trabalhadores” da linha de produção, fornecedores no processo de produção e o próprio produto final. Muitos consideram que os serviços de saúde não deveriam estar preocupados com o “aumento de vendas” que compense os investimentos da melhoria da qualidade mas sim com a melhoria na relação custo-benefício (KAZANDJIAN, 1995).

No que diz respeito às qualidades da saúde que podem ser consideradas, Vuori (1982) identificou os seguintes atributos: efetividade, eficiência, adequação e qualidade técnico-científica. Mais tarde, em 1988, ampliou a lista: efetividade, eficácia, eficiência, equidade, acessibilidade, adequação, aceitabilidade e qualidade técnico-científica. Donabedian (1990), que sistematicamente estuda e desenvolve metodologia de avaliação de serviços saúde, propôs, em relação ao cuidado médico, tomando-o como um nível de avaliação, a consideração da eficiência, efetividade, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Gomes (1989) acrescenta a continuidade da atenção e a comunicação eficaz, que servem para todos os níveis, desde a relação interpessoal médico/paciente até a nível sociedade/sistema.

Uma revisão cuidadosa mostra que os autores nem sempre tem um entendimento homogêneo sobre o assunto. Donabedian (1980) apropriadamente

questionou se alguns componentes da definição social de qualidade, como a continuidade do cuidado em saúde e a acessibilidade aos serviços, seriam atributos da qualidade, ou condição para sua existência. Há divergências também sobre o significado de atributos, como ocorre, por exemplo, com eficiência e otimização, e com eficiência e efetividade, que ora se confundem, ora ganham leituras distintas, motivando a inserção do conceito de impacto (INOJOSA,1996).

As considerações de Donabedian (1992) direcionam a participação do usuário/consumidor na definição e na avaliação da qualidade do ato de saúde em três dimensões: no trabalho técnico, na relação interpessoal e nas amenidades que cercam o cuidado à saúde. Em cada uma dessas dimensões o usuário vivencia algo que, somado, faz dele alguém capaz de contribuir efetivamente na melhoria da qualidade dos serviços de saúde. O autor não deixa de levar em conta as argumentações a respeito da vulnerabilidade do usuário/consumidor, expressa na fragilidade e na parcialidade do seu juízo a respeito do serviço prestado e questiona aqueles que defendem a technicalidade essencial do ato médico, superestimando-a, tanto quanto os aspectos meramente “cosméticos” do cuidado à saúde. É um posicionamento interessante, pois os sistemas de saúde são quase sempre construídos tendo como paradigma modelos assistenciais médico-centrados. Isto pode ser questionado citando-se o próprio Donabedian, que afirma que não há razão para se acreditar que os consumidores sejam tão ignorantes a respeito dos processos de qualidade técnica do cuidado quando a situação é familiar e, particularmente, se uma experiência prévia de bom cuidado sensibilizou adequadamente o paciente. Mas, numa forma mais fundamental, a qualidade do ato técnico em saúde não é definida pelo que é feito, mas pelo que se alcança. E

os usuários/ consumidores estão em situação privilegiada para dizer os resultados que devem ser buscados e que riscos podem ser aceitos, em contraposição às expectativas de benefícios e a que custo.

Assumimos neste trabalho o conceito de que a qualidade dos serviços de saúde, e de seu componente principal, do trabalho dos profissionais de saúde, deve ser a expressão concreta de um direito fundamental, muito mais do que o atendimento de uma necessidade física. Assim, assume, de fato, um determinado valor de uso, que é justamente sua capacidade de promover, prover, enfim, instituir saúde. Dentro de um modelo em defesa da vida o que se defende é que os serviços de saúde estejam efetivamente comprometidos com esse objetivo de melhorar a qualidade de vida dos cidadãos ou dito de outra forma, o modo de andar a vida.

Creio ser essencial definirmos esses pressupostos da qualidade do trabalho em saúde, especialmente nos momentos atuais, em que observamos o neocapitalismo buscar novas estratégias de mercado, incorporando o conceito de valor de uso aos bens ou serviços que produz, sempre numa lógica de obtenção de maiores lucros. Outro aspecto que merece ser destacado é que a idéia de valor de uso está sempre carregada de subjetividade humana e que na mercadoria/serviço se materializam as relações sociais dadas pelos produtores, conforme demonstrado por Marx (1982), que dizia que a necessidade humana pode provir do estômago ou da fantasia.

No entanto, na era da Qualidade Total o que observamos é a persistência das relações sociais de exclusão, de iniquidade, agora com introdução nesse processo da figura do consumidor. Isto pode ser testemunhado

cotidianamente aos vermos quantas coisas nocivas, abusivas ou ilusórias são incorporadas no mercado de consumo como sendo portadoras de valor de uso. De outra forma, como é possível se falar em avaliar a qualidade de uma nova marca de cigarros, de bebida ou até de um novo medicamento destinado a ajudar a emagrecer os consumidores contumazes dos últimos lançamentos da indústria alimentícia.

Creio ser possível, com a utilização de alguns dispositivos bastante versáteis e aplicáveis em praticamente qualquer serviço de saúde, trabalhar pela mudança dos modelos assistenciais, contribuindo para que se efetivem como indutores ou até produtores de saúde. Defendo que essa mudança, no caso dos ambulatorios públicos, não ocorrerá se não se garantir minimamente a qualidade dos serviços prestados, no sentido de se dispor de serviços e trabalhadores acessíveis, responsáveis e resolutivos.

2.1 Os fundamentos da qualidade no ambulatório

No Brasil as questões relativas ao **acesso** tem sido, até o momento, mais importantes para o usuário, em especial na sua relação com os serviços públicos. Com certeza, porque a característica predominante desses serviços em relação à acessibilidade é simplesmente não garanti-la aos usuários, e a intensa procura pelos serviços de pronto atendimento, em especial os pronto-socorros, demonstra isso. Observamos repetidamente nos inúmeros estudos que procuram avaliar a qualidade dos serviços de saúde do ponto de vista dos usuários, que estes sempre se mostram bastante satisfeitos quando a avaliação é feita após

terem sido atendidos, com índices coincidentemente sempre próximos de 85% de aprovação/satisfação, às vezes reclamando do tempo de espera ou da dificuldade de acesso a exames mais sofisticados (JUNQUEIRA e AUGÉ, 1996).

O desenvolvimento tecnológico e a especialização crescente tem contribuído de diversas maneiras para que as situações de **vínculo** deixem de acontecer da forma necessária, ao promover a fragmentação das ações entre os diversos profissionais e desconsiderando a importância dos momentos de interação pessoal, instituindo um processo de trabalho caracterizado por atos rotinizados e desumanizados, além de não assumir a responsabilidade pelo acompanhamento do paciente, que é, sem dúvida, uma ferramenta fundamental para a qualificação do atendimento ambulatorial.

A medicina tecnológica permite que a captação das condições concretas de vida e das características sociais do paciente se dê sem a necessidade de seu relato vivo, podendo ser viabilizada pela própria inserção institucional do doente. Este deixa de ser “do médico” e passa a ser “da instituição”, levando a uma relação médico-paciente despersonalizada, criando outra, instituição-coletivo de pacientes.

Como será discutido nos capítulos subsequentes, o acompanhamento sistematizado dos pacientes adscritos permite ao profissional médico a tomada de decisões de forma mais segura e adequada, evitando intervenções desnecessárias e, sobretudo, atuando de maneira mais humana e responsável, resgatando seu papel cuidador. E discutir vínculo é refletir sobre a responsabilidade e o compromisso que a equipe tem com o usuário de sua área de abrangência a ela adscrito e com a resolução dos problemas que eles

apresentam. Criar vínculos implica em manter relações tão próximas e tão claras que nós nos sensibilizamos com todo o seu sofrimento. É necessário construir um processo de transferência entre o usuário e o trabalhador que permita a construção da autonomia do próprio usuário, dentro de uma possibilidade de intervenção nem burocratizada, nem impessoal, integrando-se com a comunidade de sua área de atuação (MERHY, 1994)

Entretanto, como afirma Sousa Campos (1989), a atribuição de responsabilidade aos médicos tem sido cada vez mais dificultada, ao não assumirem nem a evolução continuada dos pacientes de uma enfermaria, nem o acompanhamento integral dos pacientes ambulatoriais, quebrando-se a unidade do processo terapêutico e criando serviços de saúde que não se responsabilizam pela cura dos doentes: *“...caso encaminhado é considerado caso resolvido, mesmo que não se garanta ao paciente o acesso aos demais níveis de assistência ou que as circunstâncias que o vitimaram possam estar ameaçando outros cidadãos”*. Ou seja, também não há nenhuma garantia de **resolutividade**.

Isto explica ainda uma situação freqüente nos serviços de saúde e que é motivo de queixa recíproca entre médicos e pacientes: a tendência de boa parte dos pacientes de exigir ou se satisfazer com a realização de exames subsidiários ou procurar garantir acesso direto a qualquer especialidade médica. Muitos médicos reclamam, às vezes com razão, que isto constitui um desrespeito a eles, pois não deixa de ser uma desconsideração para com o ato médico em si, a consulta médica. Mas não seria uma tentativa do paciente ser de alguma forma “examinado”, “escutado”, garantir vínculo, ou seja, ser *sujeito* e não simplesmente

objeto num processo de trabalho todo ele centrado na produção de procedimentos?

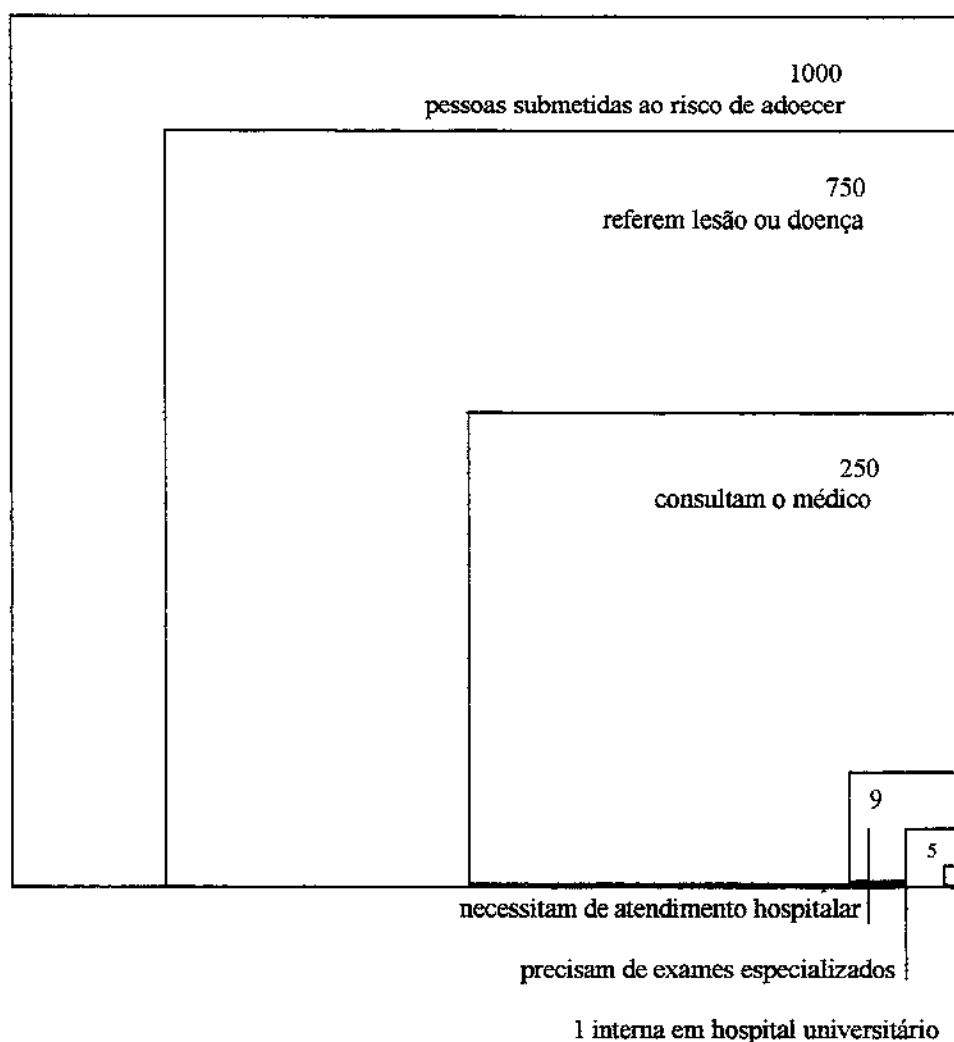
Todo o aparato tecnológico disponível nos dias de hoje amplia, sem dúvida, “o olhar” sobre as doenças, mas tem diminuído “a escuta” dos doentes, sendo utilizado quase sempre como um escudo que permite ao médico não se responsabilizar pelo doente: a “empurroterapia” prevalece, não importando o que vai acontecer com o paciente, mas livrar-se dele simplesmente.

Merhy (1994) afirma que ter uma ação resolutive não se limita a ter uma conduta, mas, além disso, coloca a possibilidade de usar tudo que se dispõe para eliminar o sofrimento e as causas reais dos problemas dos pacientes, colocando à sua disposição toda a tecnologia disponível a fim de se conseguir chegar a um diagnóstico que permita o estabelecimento de um plano terapêutico individualizado, tanto numa dimensão individual quanto coletiva dos problemas de saúde, criando um processo de trabalho que resulte numa alteração positiva do quadro nosológico do usuário e numa atuação que propicie satisfação, tanto para o paciente quanto para o próprio trabalhador.

Para uma parcela considerável dos médicos que atuam nos ambulatórios públicos brasileiros, quase sempre formados e ainda trabalhando nas enfermarias e pronto-socorros dos grandes hospitais, é sempre uma surpresa aprender que no ambulatório são poucos os casos graves, mais ainda quando lhes vem à mente a frase repetida por alguns de seus colegas mais antigos: os casos raros são raros. Kloetzel (1979), considera que, dentro do modelo hegemônico de formação médica, o estudante de medicina que frequenta uma

enfermagem adquire uma visão dramática e distorcida do tipo de demanda que chega ao médico, e que poucas vezes corresponde à realidade (vide figura 1).

Figura 1. Utilização de serviços médico-hospitalares segundo média de procura pelas populações adultas da Inglaterra e Estados Unidos durante um mês.



Fonte: White, K (1961) in Feix, R.(1990)

Para o médico em formação ou atuando nessa perspectiva todas as doenças que vê são graves e assim está despreparado para o trabalho no ambulatório, que acaba identificando como um lugar onde se desenvolve um trabalho menor, onde só aparecem “doenças banais”. Já o paciente de enfermaria, quando não morre, é “salvo” pelos médicos que o assistem – e o aluno/médico não aprende que na vida real existe a tão desejada *remissão espontânea*. Assim, a excelência de seus professores está em função direta da proporção de diagnósticos brilhantes que fazem, mesmo que para o paciente não exista cura ou ao menos tratamento. A Medicina aí é vista como um embate de Titãs, o Bem de um lado, o Mal de outro, apenas um deles sagrando-se vencedor.

As consequências desse processo são desastrosas: por um lado se constróem expectativas grandiloquentes e, acostumado a presenciar a morte ou vibrando com intervenções decisivas, se frustra ao notar que no cotidiano do ambulatório se vê de tudo, mas, principalmente, doenças comuns, auto-limitadas em seu curso natural. Por outro lado perde de vista que no ambulatório, mesmo não se enxergando como o médico que está salvando vidas, pode atuar melhorando sua qualidade e aliviando o sofrimento. Pode não fazer grandes diagnósticos, mas faz prognósticos decisivos e detêm instrumentos para alterá-los positivamente. Essa é uma constatação que não reconhece fronteiras, como se depreende das observações de Fry (1972):

“As características das doenças comuns na comunidade, vistas fora do hospital, são sua escassa importância e sua benignidade; elas são passageiras e autolimitadas, com grande tendência à remissão espontânea. Os seus aspectos clínicos tendem a ser um tanto vagos, e é difícil atribuir-lhe um

rótulo patológico definido. Muitas vezes permanecem indiferenciadas e não rotuladas do início ao fim do episódio”. (FRY, 1972: 77).

A análise da tabela 2 nos permite constatar o potencial de consequências nefastas que podem advir do trabalho médico autocentrado ou centrado em procedimentos, sem a preocupação do estabelecimento do vínculo e sem responsabilizar-se com resultados efetivos em termos de saúde.

Chamo a atenção para algumas observações: o que está classificado como *nível I* na tabela pode ser entendido como aquilo que foi caracterizado por Mendes-Gonçalves (1994) como atendimento do tipo queixa-conduta. Temos notado que muitos serviços ambulatoriais, principalmente de atenção primária, sob a justificativa de prover acesso aos usuários, tem procurado implantar os chamados pronto-atendimentos, cuja principal característica é essa modalidade de atendimento (queixa-conduta); o importante é notar não o que acaba sendo feito, mas o que se deixa de fazer: quando se presta um atendimento mais completo, o número de problemas identificados aumenta de 136 para 249 e esse aumento se concentra justamente naqueles tipos de problemas em que existe tratamento e este pode melhorar a qualidade de vida do paciente.

A importância da continuidade do atendimento médico em vários aspectos da atenção à saúde tem sido reforçada em estudos recentes, a grande maioria deles realizados em locais onde se tem procurado salientar a importância das relações de vínculo entre o profissional ou a equipe de saúde e o paciente na qualidade da atenção à saúde. Esses estudos mostram, por exemplo, que as mulheres que são atendidas pelo mesmo médico tem quatro vezes mais

possibilidade de fazer um exame de Papanicolau, duas vezes mais de fazer um exame clínico de mama e três vezes mais de fazer uma mamografia no período de um ano do que aquelas que não tinham um local de atendimento usual (ETTNER, 1996). O'Malley et al. (1997) verificaram que a probabilidade de se fazer uma triagem de câncer era menor entre as mulheres que não tinham um médico de

Tabela 2 Problemas constatados em 100 pacientes adultos examinados consecutivamente segundo distintos níveis de atendimento em unidade básica de saúde(*)

NÍVEL	TOTAL DE PROBLEMAS IDENTIFICADOS	TIPO DE PROBLEMA IDENTIFICADO					
		R	R1	Q	G	N	?
I	136	28	11	57	6	9	7
I+II	249	28	11	101	12	28	20
I+II+III	258	28	11	110	12	28	20

Níveis:

Nível I – Queixa do paciente (pronto-atendimento)

Nível II – Avaliação médica completa

Nível III – Exames subsidiários

Tipos de problema de saúde identificados:

R – Problema com provável remissão espontânea (exemplo: infecções de vias aéreas superiores)

R1 – Problema com provável remissão espontânea e com provável recidiva (ex.: cólica menstrual)

Q – Problema em que o tratamento existe e pode melhorar a qualidade de vida do paciente (ex.: diabetes, hipertensão arterial)

G – Problemas graves com possibilidade de tratamento eficaz (ex.: insuficiência cardíaca, neoplasias)

N – Demanda normativa (atestados de saúde, pré-natal)

? - Prognóstico ignorado ou indefinido por ocasião da consulta inicial

(*) Adaptado de KLOETZEL, K. (1979)

referência, maior entre aquelas que tinham uma fonte usual de atendimento, e ainda maior entre aquelas que se tratavam normalmente com o mesmo médico no local de atendimento. Problemas psicossociais em crianças são mais facilmente reconhecidos quando as crianças são avaliadas rotineiramente por seus próprios médicos de atendimento primário (KELLEHER et al., 1997) e ainda demonstrou-se que uma relação médico-paciente mais duradoura, no caso dos idosos, estava associada a taxas e custo de internação hospitalar mais reduzidos.

Isto tudo enfatiza a necessidade e a importância de uma relação de vínculo contínuo e com responsabilização entre médicos e pacientes mas, infelizmente, o modelo predominante em nosso país, principalmente dentro do setor público, não tem privilegiado a discussão sobre a transcendência dessas relações bem como dos dispositivos necessários para instituí-las dentro dos serviços do SUS, a não ser através de algumas iniciativas isoladas ou do Programa de Saúde da Família (PSF), que encontrado sua viabilidade ao se constituir como um modelo paralelo e quase sempre tratado de forma marginal dentro dos municípios, sem, no entanto, conseguir a mudança no modelo assistencial hegemônico (FRANCO e MERHY, 1999) . Não se aproveita, assim, aquela que é uma de suas características mais positivas, que é o pressuposto de que não existe PSF sem que haja adscrição de clientela e consequentemente uma relação de vínculo expressa entre pacientes/famílias e médicos/equipes de saúde.

2.3 Avaliação e controle da qualidade no Sistema Único de Saúde

A avaliação, segundo Motta (1991) é um processo criativo e adaptativo ao mesmo tempo em que destrutivo. A construção do novo envolve a destruição do velho. E essa transição não é necessariamente tranquila ou desprovida de ônus. Pode-se considerar que a avaliação é um processo realizado natural e continuamente pelos indivíduos, que passam os acontecimentos e as relações que vivenciam, presenciam ou de que tem notícia pelo seu filtro pessoal de critérios, valores e preferências. Um serviço público, como o de saúde, tem, potencialmente, muitos *juízes*: o usuário do serviço; os cidadãos que o financiam; os prestadores diretos, isto é, os profissionais que interagem com os clientes no processo de produção; os gerentes, pessoal de apoio e dirigentes do sistema; os concorrentes e os parceiros do setor; os produtores de insumos (medicamentos, equipamentos); os demais grupos de poder com interesses no setor; a imprensa e os segmentos da sociedade civil organizada que exercem controle social.

Naturalmente, quando enuncia a avaliação, o ator deseja produzir efeitos no sentido de manter ou de modificar uma situação. Esses efeitos ocorrem na proporção direta da capacidade de vocalização, de negociação e de influência de quem é o juiz da qualidade, isto é, dos recursos de poder do ator ou atores sociais que enunciam a avaliação. Mas, nem sempre quem avalia tem o poder de controlar.

Ao estudarmos esse aspecto do SUS, notamos que o extinto INAMPS ainda se faz presente pelas práticas de controle que desenvolveu, identificadas com sua função organizacional de prestação de assistência médica para a clientela previdenciária, viabilizada, principalmente, pela compra de serviços do setor privado. No entanto, os serviços do INAMPS eram particularmente criticados sob dois pontos de vista: quanto à efetividade da prestação da assistência médica de cunho eminentemente curativo (quer pela sua desvinculação das práticas de prevenção e promoção da saúde quer pela limitada resolutividade do ponto de vista individual) e quanto à sua ineficiência, que, além de consumir um volume crescente de recursos, permitia o desperdício através de fraudes na compra de serviços (INOJOSA, 1996).

Desde a implantação do SUS iniciou-se um processo amplo de descentralização para os estados e municípios da federação, atingindo parte da gerência do sistema de compra de serviços do INAMPS, de acordo com as diretrizes consensuadas na Constituição de 1988, objetivando, entre outras coisas, a universalização da clientela e a integração das ações de saúde. Esse processo, no entanto trouxe para esses níveis de governo as mesmas práticas de avaliação e controle do antigo INAMPS, mantendo-se a mesma dicotomia acima citada. E, assim, muitos dos seus resultados também se reproduzem.

A regulação das relações entre o Estado comprador de serviços de assistência médica e os prestadores privados que oferecem seus serviços gerou um conjunto de procedimentos destinados, essencialmente a manter essas relações. O controle passou a dar-se sobre a realização desses procedimentos, dentro de uma perspectiva cartorial, configurando inclusive uma inversão dos

termos: primeiro controle e depois a avaliação. A avaliação como determinação do valor, da qualidade de alguma coisa, deve ser pressuposto para o exercício do controle.

É preciso que alguém avalie, isto é, selecione um conjunto de propriedades ou atributos considerados adequados ou desejáveis para um ato ou serviço e considere - julgue - em que medida esse ato está respondendo a esses atributos. Esse juízo, essa avaliação desencadeia o controle, que tem uma dimensão coercitiva e demanda um poder correspondente. Todos os envolvidos na produção, financiamento, consumo ou observação de um ato ou serviço têm capacidade de avaliar, mas apenas parte desses avaliadores detêm poder de controle. O controle é exercido para produzir os efeitos desejados pelo avaliador - manutenção ou mudança de uma situação. Controlar é verificar a aderência das ações ou dos resultados ao padrão definido e prevenir ou corrigir desvios desse padrão.

2.4 A avaliação e os mecanismos de controle nas organizações profissionais

Em parte alguma é mais evidente a tensão entre as necessidades da organização e as do participante - entre eficiência, competência e satisfação - que na área de controle de uma organização. Em parte, os dois conjuntos de necessidades se apoiam. Na medida em que os dois conjuntos de necessidades são compatíveis, há pouca necessidade de controle. Os participantes tendem a fazer o que é melhor para a organização, a fim de satisfazer as suas necessidades, e a organização, ao procurar satisfazer suas necessidades,

satisfará as deles. Mas tal combinação de necessidades nunca é completa e, habitualmente, é muito incompleta, afirma Etzioni (1989).

Esse autor, analisando como modernamente as organizações tem se constituído, cita Max Weber e mostra que este preocupou-se particularmente com a distribuição do poder entre as diversas posições da organização das estruturas burocráticas e, em sua análise de legitimidade, abriu uma perspectiva inteiramente nova para o estudo da satisfação derivada da participação na organização. Sua compreensão da mútua influência entre o poder de controle e a capacidade de justificar ("legitimar") seu exercício, estabeleceu o contexto de um grande número de trabalhos posteriores a respeito da questão central da organização: como controlar os participantes, a fim de elevar ao máximo a eficiência e a competência, a reduzir ao máximo a infelicidade provocada por essa necessidade de controle.

Todas as unidades sociais procuram controlar seus membros, mas o processo de controle nas organizações é mais agudo. As organizações, como unidades sociais com finalidades específicas, são unidades sociais artificiais. São planejadas e deliberadamente estruturadas; revêem constante e auto-conscientemente suas realizações e se reestruturam de acordo com os resultados. Nesse sentido, diferem de unidades sociais naturais, como a família, os grupos étnicos ou a comunidade.

As características de artificialidade das organizações - sua grande preocupação com a realização, sua tendência de serem muito mais complexas que as naturais - tornam inadequado o controle informal e impede que se confie na identificação com a tarefa. Quase nunca as organizações podem confiar que a maioria dos participantes interiorize suas obrigações e, sem outros incentivos,

cumpra voluntariamente seus compromissos. Por isso, as organizações exigem uma distribuição formalmente estruturada de sanções e recompensas para apoiar a obediência às suas normas, regulamentos e ordens.

Etzioni (1989) classifica os meios de controle de uma organização em três categorias analíticas: *física, material e simbólica*. A utilização de uma arma, um chicote, a prisão ou mesmo a simples ameaça de usar sanções físicas é *física* e os mecanismos de controle de uma determinada organização baseados na aplicação de meios físicos constitui o *poder coercitivo*. A concessão de símbolos, como o dinheiro, que permite a aquisição de bens e serviços é classificada como meio de controle *material* e sua utilização constitui o *poder utilitário*. Os símbolos puros são aqueles cuja utilização não constitui ameaça física ou não possibilitam recompensas materiais, a exemplo dos *símbolos normativos*, os de prestígio e estima e dos *símbolos sociais*, os de amor e aceitação. A utilização de símbolos com a finalidade de controle define o poder *normativo, normativo-social* ou *social*.

Dentro da hierarquia tradicional das organizações, o poder normativo é exercido pelas camadas superiores para controlar as posições inferiores; o poder normativo-social é utilizado indiretamente, quando indivíduos de posição superior solicitam ao grupo de companheiros de um subordinado que o controlem; o poder social é exercido pelos colegas de um mesmo nível hierárquico entre si, e, como tal não é um poder da organização. O controle pode ser predominantemente coercitivo, utilitário ou normativo, existindo diferenças quanto ao grau de acentuação do poder predominante. O poder normativo, por exemplo, predomina em organizações religiosas, nas político-ideológicas, nas universidades, nas associações voluntárias, nas escolas e nos serviços de saúde.

A administração, segundo os preceitos clássicos de Weber, pressupõe uma hierarquia de poder, sem a qual a organização deixa de ser um instrumento coordenado. Contudo, segundo ainda Etzioni, a grande maioria dos membros mais capacitados de uma organização não se encontra nas posições superiores, mas nas médias, não nas carreiras regulares ou nas posições de comando, mas em volta delas. De acordo com o tipo de organização, são denominados especialistas, equipe, profissionais liberais, peritos ou simplesmente indicados pelos nomes de suas profissões.

Comumente o princípio mais fundamental da autoridade administrativa, a hierarquia, é o princípio mais fundamental da autoridade. A fim de executar sua função de controle, a organização precisa distribuir suas recompensas e sanções de acordo com a realização, de maneira que sejam recompensados aqueles cuja realização está de acordo com as normas da organização e que sejam punidos aqueles cuja realização delas se desviou. A distribuição de parte das recompensas da organização, sem levar em conta as realizações, é mais comum nos setores menos modernos do país do que nos mais adiantados; é mais comum nos países menos desenvolvidos, que nos mais desenvolvidos; é uma das razões, segundo Etzioni, pelas quais o controle da organização tende a ser menos eficiente nos países subdesenvolvidos (*).

(*) Para um aprofundamento no tema, recomenda-se a leitura de *Subjetividade e administração de pessoal: Considerações sobre modos de gerenciar equipes de saúde*, de Gastão Wagner de Souza Campos, in: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (orgs.) *Agir em saúde. Um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. pp. 229-266.

Os princípios da administração burocrática e os da administração profissional, baseada no conhecimento, não só não são idênticos mas, frequentemente, são inteiramente incompatíveis. O mesmo autor defende que o conhecimento é, em grande parte, uma propriedade individual e assim, ao contrário de outros meios da organização, não pode ser transferido de uma pessoa para outra através de normas ou decretos. A capacidade criadora é fundamentalmente individual e somente em grau muito limitado pode ser ordenada e coordenada pelo chefe. Mesmo a aplicação do conhecimento é, fundamentalmente, um ato individual, pelo menos na medida em que cada especialista tem a responsabilidade por sua decisão profissional.

Os estudiosos das profissões ditas liberais e, principalmente, os profissionais liberais, individualmente ou através de suas corporações, defendem a idéia que a *autonomia* que lhes é “concedida” é necessária para que o trabalho especializado seja realizado de maneira eficiente. Argumentam que, sendo responsáveis perante suas consciências, somente estando imunes às pressões sociais comuns e livres para inovar, experimentar e arriscar, sem as habituais repercussões do fracasso, podem exercer eficientemente seu trabalho.

Como nos lembra Nogueira (1994), esse nível de autonomia de alguma forma se assemelha ao poder do chefe de Estado, pois a figura do médico traz à tona uma visão nitidamente aristocrática (*aristos*, em grego significa eleito) do poder político: ele trabalha usando como ferramentas certos princípios terapêuticos que de algum modo se assemelham às leis do Estado e, por isso, se vê obrigado a (ou no direito de) administrar remédios que não são agradáveis e realiza operações dolorosas ou até com grande risco para o paciente, e nisso não

pode ser influenciado pela opinião ou os desejos de quem não conhece os meios da arte de curar. Cita ainda Platão, quando este afirmava que

... "o médico, igualmente, quer ele nos cure contra nossa vontade ou com a nossa vontade e qualquer que seja seu modo de tratamento – incisão, cautério ou infligindo outro tipo de dor - quer pratique ou não de acordo com certo manual, quer seja rico ou pobre, quer purgue ou drene de outra maneira, quer mesmo quando torna seus pacientes mais gordos, continua a ser um médico, conquanto que exerça sua autoridade sobre eles de acordo com as regras da arte, conquanto faça-lhes só o bem e os cure e os salve". (in NOGUEIRA, 1994:121)

Nesse tipo de análise, este princípio extremamente individualizado se opõe à essência do princípio da autoridade administrativa, de controle e coordenação pelos superiores. Admitem, quando muito, serem censurados pelos seus pares e, em casos extremos, pelos tribunais. O ato especializado é, segundo esses princípios, o ato correto, aquele que é fruto do melhor conhecimento do especialista. Este pode até consultar seus colegas antes de agir, mas a decisão final é sua, individual e se erra, quase sempre é defendido pelos colegas. Diferentemente, o ato administrativo deve obedecer às regras e regulamentações da organização e deve ter sido aprovado, direta ou implicitamente, por um superior hierárquico.

O trabalho médico realiza-se, frequentemente, em contextos exteriores às organizações, face a face com os pacientes. Contudo, à medida que aumenta a necessidade de recursos dispendiosos e de um corpo de auxiliares, cresce a necessidade de que ao menos parte desse trabalho se dê em estruturas

de organização, tais como ambulatorios, laboratorios, hospitais (SCHRAIBER, 1993).

Por outro lado, a medicina está entre as profissões nas quais a *proporção de conhecimento* (medida pelos anos de estudo necessários para seu exercício) e o *grau de responsabilidade pessoal* (medido pelo grau em que abrange comunicações privilegiadas - aquelas em que o receptor está obrigado a não divulgá-las - e questões envolvendo a vida e a morte) são maiores. Estas profissões tendem a integrar-se com maior dificuldade a estruturas de organização, ao contrário de outras, como a engenharia e a enfermagem, em que quase todo o trabalho especializado é realizado em organizações. Este trabalho é mais sujeito à supervisão por pessoas de uma posição hierárquica mais elevada, com maior autoridade administrativa, embora não maior - e até menor - competência profissional.

Organizações especializadas, como os serviços de saúde, costumam conviver em clima de constante tensão entre o corpo de especialistas e a administração. Os administradores se ocupam de tarefas consideradas secundárias pelo corpo clínico, cuidando dos meios necessários para o desenvolvimento da atividade principal, desempenhada pelos especialistas, os médicos. Aconselham, ainda, sobre as consequências econômicas das atividades desenvolvidas pelos especialistas. A decisão final, contudo, tem estado nas mãos destes e de seus grupos de decisão, as comissões, as juntas, o corpo clínico. Etzioni observa também que as queixas feitas contra os administradores de organizações especializadas se referem ao seu compromisso "excessivo" com suas especialidades: eficiência e economia (de gastos). Essa tem sido, aliás,

também uma das críticas mais frequentes dos médicos em relação à Atenção Gerenciada (Menaged Care), considerando-a com uma interferência inaceitável no exercício autônomo e ético da prática médica.

O exercício da atividade de controle dentro de uma organização especializada é sempre geradora de tensões e conflitos e isto se exacerba nos ambientes organizacionais em estado de crise permanente, como é o caso das organizações públicas brasileiras, em particular as de saúde. Diversos elementos para esse quadro e alguns, considerados *determinantes organizacionais* assumem destaque nesse contexto, como a pouca clareza de seus objetivos organizacionais (missão), o descompromisso com a profissionalização dos gerentes, a despreocupação com o desenvolvimento dos recursos humanos, a insuficiência ou a má utilização dos recursos financeiros e a limitada utilização de instrumentos que podem orientar a tomada de decisões, tais como a epidemiologia, o planejamento e os sistemas de informação, avaliação e controle.

Por outro lado, os determinantes individuais tem maior ou menor expressão em função dos determinantes organizacionais e referem-se ao despreparo gerencial, à instabilidade dos gerentes no serviço público que, aliados à falta de clareza ou ao desvio de finalidade dos objetivos organizacionais, contribuem para a desmotivação geral, levando a um frágil compromisso dos profissionais com suas atividades e com a organização (SOUZA, 1997).

Sousa Campos (1995) ilustra essa situação ao mostrar que:

“Observando os trabalhadores de saúde da área pública, constatamos que eles estão frustrados, descontentes, trabalhando pela sobrevivência e para garantir um certo nível de consumo. Há uma marcada e especial alienação destes

profissionais em relação ao seu objeto de trabalho (ligação débil com a doença ou a saúde do outro), aos seus meios de trabalho (uma separação progressiva entre os que executam ações e os que dirigem instituições) e também em referência à equipe de saúde (há trabalho em grupo, mas não há identidade do trabalhador coletivo).”

Mas, afinal, quem deve avaliar e controlar os serviços de saúde? Qual o papel do usuário nesse processo? Essas questões não são novas e mesmo o pensamento liberal tem se ocupado disso, como se pode notar nas proposições do utilitarismo de Jeremy Bentham que abriram espaços ideológicos para Edwin Chadwick para a elaboração do Public Health Act, de 1848. Bentham defendia que o objetivo geral das leis deveria ser o de aumentar a felicidade global da coletividade, excluindo, na medida do possível, tudo o que tende a diminuir a felicidade, ou seja tudo o que é pernicioso. Da mesma forma, o interesse público está também respaldado na idéia de maximizar felicidade da comunidade, mas essa justificativa não se assenta necessariamente nas opiniões, nas imagens e nas percepções dos consumidores individuais. Nas leis e ações da Saúde Pública tanto quanto na área de defesa do consumidor o que está presumido é uma razão de Estado, mesmo num regime de liberdade de mercado (NOGUEIRA, 1994).

Nogueira (1994) considera que o pensamento liberal se mostra extremamente contraditório no campo da regulamentação das profissões, inclusive as da saúde. Liberais radicais, como Adam Smith, chegaram a propor a completa abolição das prerrogativas profissionais, pois considerava-as uma perturbação intolerável ao processo de livre escolha através do qual os consumidores se tornam aptos a avaliar o mérito de cada profissional. Cullen, na mesma época,

contestou-o, expondo o argumento que até hoje é utilizado repetidamente pelas corporações médicas: a população é incapaz de julgar corretamente os méritos dos praticantes da medicina, por não deter o conhecimento técnico necessário para poder avaliar a adequação e o valor do cuidado médico.

Isto tudo mostra a dificuldade, dentro da ideologia liberal, em se estabelecer parâmetros que concretizem a capacidade do consumidor em avaliar a qualidade dos serviços de saúde. Isto se expressa quando constatamos que o argumento de que o consumidor de saúde é totalmente vulnerável aos ditames do mercado e desconhece as bases técnicas da prática médica é utilizado tanto pelos que defendem uma regulação estatal mais rígida quanto pelos que lutam pela extensão das prerrogativas profissionais. No caso brasileiro a corporação médica, através de seus órgãos representativos, regulamentadores ou reguladores, tem atuado nessas duas direções, sem que isso fique configurado como algo contraditório, pois o que se defende na verdade é o exercício autônomo (segundo a visão liberal) da prática médica, independentemente da modalidade assistencial desenvolvida.

O que se procura mostrar, a seguir, é que o trabalho médico exercido dessa forma, em modelos assistenciais que procuram, prioritariamente, garantir a autonomia da corporação médica, não promove aumento no grau de autonomia dos pacientes de modo significativo e necessário e também não estimula o autocuidado na escolha do modo de “andar a vida”, ou seja, *não contribui para a construção de sujeitos*.

CAPÍTULO 3

A ESCOLHA E A APLICAÇÃO DOS ANALISADORES DA QUALIDADE DO TRABALHO MÉDICO NO AMBULATÓRIO

3.1 Os analisadores: eventos sentinela e casos traçadores

Como já foi colocado no início deste trabalho, seu objetivo não é, a priori, a avaliação de um serviço ou de um profissional específico, mas o desenvolvimento de dispositivos que possam se tornar analisadores e “qualificadores” do trabalho médico desenvolvido em serviços ambulatoriais públicos, a partir de sua aplicação pelos atores diretamente envolvidos no processo de produção de atos de saúde. No intuito de se atingir os objetivos propostos foi adotado como procedimento básico a busca de *eventos sentinela* e de *casos traçadores*, a partir de situações concretas identificadas em unidades de saúde dos municípios de Campinas e Paulínia. Estes municípios tem ou tiveram convênios institucionais que permitiram o desenvolvimento das atividades de caráter docente-assistencial às quais o autor está vinculado, viabilizando assim a coleta rotineira de dados a partir do seu próprio trabalho, enquanto médico.

A escolha desta metodologia se deu em função de sua capacidade de retratar de forma bastante dinâmica os resultados efetivos dos processos que estão ocorrendo em um determinado serviço de saúde, permitindo uma discussão bastante rica sobre esses resultados em si e sobre as outras categorias que estão em destaque aqui (acesso, vínculo e responsabilização) com os próprios sujeitos da ação. Desse modo, a partir de um certo diagnóstico situacional, aliado às teorias expostas nos capítulos iniciais se espera demonstrar a possibilidade de avaliar e controlar a qualidade do trabalho médico desenvolvido em serviços públicos ambulatoriais e, a partir daí, chegar à proposição de modelos técnico-

assistenciais efetivamente comprometidos em proporcionar melhor qualidade de vida a seus usuários e aos próprios trabalhadores dos serviços de saúde.

Estamos habituados a pensar os dados enquanto medidas quantificáveis, o mesmo se aplicando às informações. Cabe lembrar que a informação não é gerada apenas pela consolidação dos dados e sim pela nossa capacidade de formular um juízo a respeito de uma determinada situação a partir de certos indicadores. Como já foi exposto, esses indicadores, no caso da assistência à saúde, quase sempre expressam a “não qualidade”, ou seja, o não acolher, o não cuidar, o não tratar, o não curar, mas podem orientar a tomada de decisões visando a sua correção, visando a melhoria da qualidade do trabalho em saúde.

Os dados ou indicadores não falam por si. Necessitam ser interpretados. No entanto, deve-se ter o cuidado para não se deixar levar pela tendência, sempre presente quando se fala em avaliação, de se aumentar indefinidamente a quantidade de dados coletados visando um maior detalhamento das informações, sem que se avalie se o custo operacional desse maior detalhamento implica efetivamente no aumento quantitativo e qualitativo das informações obtidas. Não se justifica, em lugar nenhum do mundo, dispendar mais tempo e recursos financeiros com a coleta e análise dos dados gerados do que com a atenção à saúde dos indivíduos e da comunidade. Faço essas considerações porque no caso das condições marcadoras e dos eventos sentinela trata-se exatamente de extrair a maior quantidade possível de informações a partir de um conjunto reduzido de dados. Trata-se também de conceber o sistema de

informação em saúde de forma dinâmica em relação ao funcionamento dos serviços e das condições de saúde da população.

A eleição de uma determinada condição marcadora ou evento sentinela não é definitiva e sim coerente com as condições básicas de funcionamento das unidades de saúde em questão e das condições de saúde da população adscrita, portanto mutável no tempo.

3.2.1 Condição marcadora ou traçador

Essa técnica foi proposta por Kesner, Kalk e Singer (1973), também com a intenção de se ter uma avaliação da qualidade do trabalho desenvolvido por um determinado serviço ou profissional de saúde. Baseia-se na idéia de que, a partir da avaliação da assistência prestada a um conjunto determinado de condições ou patologias se possa inferir a qualidade da atenção à saúde em geral, incluindo-se aí a resolutividade, o uso adequado de exames complementares, o acesso aos medicamentos ou aos níveis mais complexos do sistema.

A constatação de que uma determinada condição marcadora recebe uma assistência adequada não nos permite inferir que outros problemas de saúde, mesmo semelhantes, também a recebam. Por outro lado, a detecção de problemas de atenção a essa mesma condição, nos permite supor, com boa margem de segurança, que problemas semelhantes possam estar ocorrendo em outras situações de risco à saúde.

Considerando que a escolha do conjunto de condições que integrarão a lista de marcadores é uma questão básica para o bom uso da técnica

de traçadores para a avaliação, Kessner, Kalk e Singer definiram alguns requisitos para uma condição ser eleita como marcadora:

Quadro 2 – Requisitos para uma condição ser eleita como traçadora

- *Deve ter um impacto funcional real, ou seja*
- *Deve poder ser bem definida e de fácil diagnóstico.*
- *Sua prevalência deve ser suficientemente alta para permitir a coleta adequada de dados a partir de uma população limitada.*
- *Sua história natural deve ser modificada pela utilização de técnicas médicas efetivas.*
- *As condutas frente à condição marcadora devem ser bem definidas em pelo menos um dos seguintes processos: prevenção, diagnóstico, tratamento ou reabilitação.*
- *Os efeitos dos fatores não ligados aos serviços de saúde devem ser bem conhecidos.*

Adaptado de Kessner, Kalk e Singer (1973)

3.2.2 Eventos sentinela

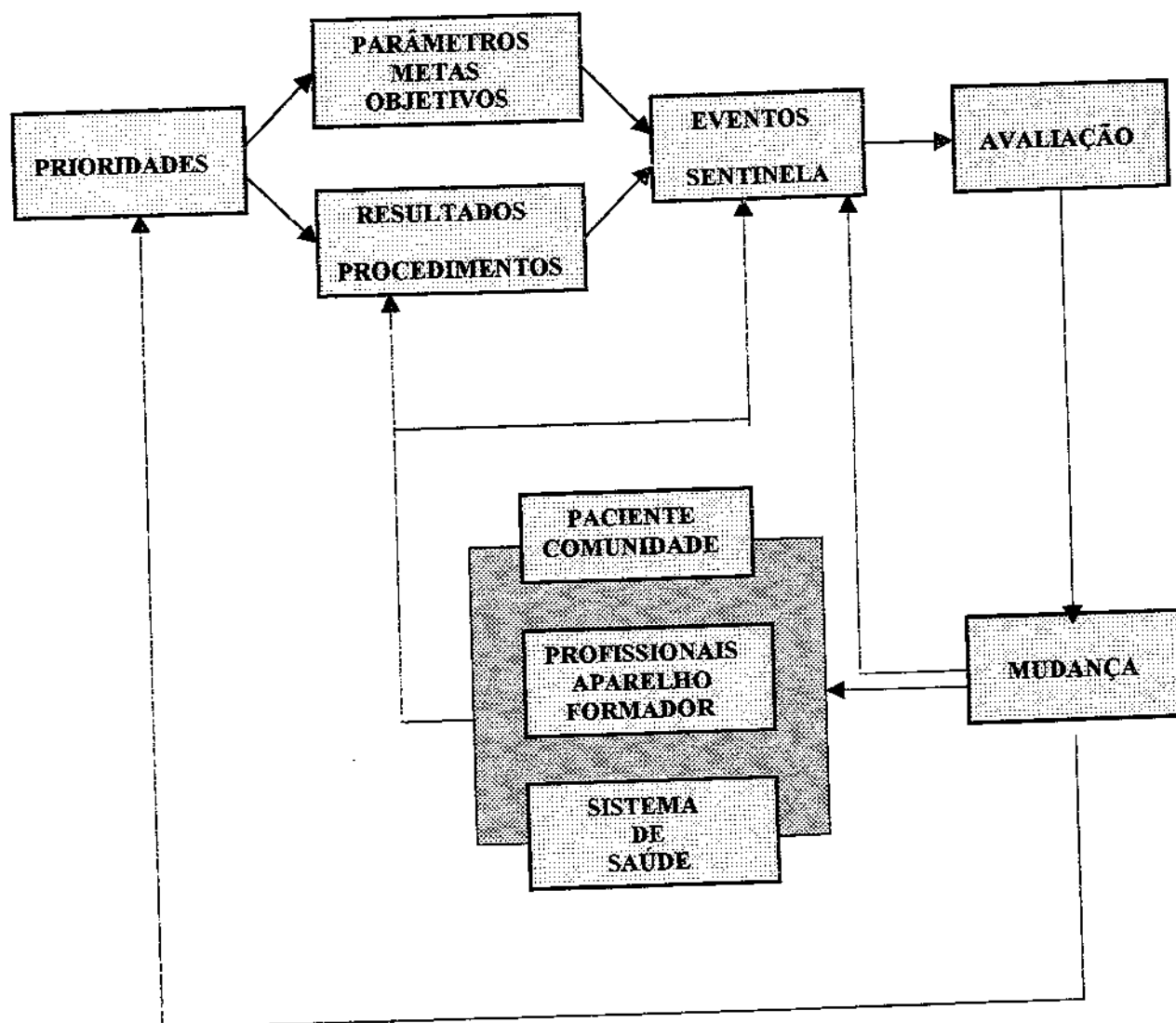
A metodologia da busca de eventos sentinela foi desenvolvida por Rutstein et al. (1976) que, além de nominá-la dessa forma, definiram-na como sendo a ocorrência de doença, invalidez ou morte evitável com a tecnologia médica disponível. Pode ser um único caso ou um coeficiente que não deva ser ultrapassado e permite que, a partir da análise de um resultado negativo, se avalie

o *processo* de trabalho que está sendo executado ou mesmo a *estrutura* de serviços existente num determinado local. Os autores colocam como meta a definição de medidas corretivas que devem então ser adotadas no sentido de evitar a ocorrência de novos eventos sentinela e assim proporcionar melhorias na qualidade da atenção à saúde ou mesmo no nível de saúde da população assistida.

O trabalho citado inclui uma lista de eventos potencialmente sentinelas que foi elaborada por um grupo de trabalho (Working Group on Preventable and Manageable Diseases) constituído pelos autores já citados e apoiado pelo National Center for Health Statistics dos Estados Unidos, onde se pretendeu incluir toda doença, invalidez ou morte evitável ou prevenível, a partir da qual se pode eleger um conjunto de eventos sentinela.

Neste trabalho o conceito proposto foi ampliado, tomando-se o evento sentinela como algo que não deve ocorrer se o trabalho em saúde for executado corretamente, por exemplo assumindo-se a idéia de que mesmo muitas internações hospitalares podem e devem ser evitadas. A partir da sua ocorrência foi desencadeado um processo de investigação que buscou identificar as falhas que tornaram possível a ocorrência do evento, visando sua correção de modo a garantir o bom funcionamento do serviço de saúde (Quadro 3). A lista anteriormente citada incluiu também uma série de condições de uso imediato para indicar a qualidade dos cuidados à saúde, inclusive com sugestões de providências a serem adotadas, tanto de caráter preventivo ou curativo ou ambos.

Quadro 3 – Fluxograma para aplicação da metodologia de avaliação da qualidade de serviços de saúde por eventos sentinela



Adaptado de Reerink, E. (1990)

A simples indentificação desses eventos pode ser um bom analisador da qualidade do serviço de saúde, pois a existência deles em determinado tempo e lugar são indicativos de que pode estar havendo deficiência na qualidade da atenção à saúde. O passo mais importante da metodologia é a busca da causas da ocorrência dos eventos indesejáveis. Apesar do evento sentinela significar quase sempre o **resultado** indesejável de uma intervenção em saúde (ou da não intervenção), é possível na análise serem indentificados problemas outros relativos à **estrutura** (ex.: falta de acesso), ao **processo** (ex.: falta de vínculo, de responsabilização) ou mesmo de várias condições combinadas.

3.3 Descrição dos casos traçadores e eventos sentinela

3.3.1 Condição Marcadora: diagnóstico de tuberculose em Paulínia, em 1995

A tuberculose pulmonar, principalmente em adultos, preenche os requisitos citados no Quadro 2, por apresentar alta incidência em nosso meio, poder ser diagnosticada e tratada em qualquer nível do sistema, por haver consenso bastante amplo sobre as técnicas adequadas para o seu diagnóstico e tratamento, além de se supor que qualquer unidade de saúde disponha de recursos mínimos para a realização de seu diagnóstico através do exame de baciloscopia de escarro e para o fornecimento regular da medicação necessária para o tratamento. Trata-se de doença relevante, não só do vista epidemiológico, como também por ser, por justos motivos, temida pela população.

A realização de seu diagnóstico revela a resolutividade dignóstica frente a queixas frequentes, como é caso dos sintomáticos respiratórios. O

tratamento é relativamente longo e seu cumprimento adequado indica a capacidade da unidade de saúde de manter os pacientes em tratamento prolongado, quando necessário. A hospitalização e contra-referência desses casos testa o sistema de referência e contra-referência.

Os dados mostrados a seguir foram coletados a partir do Boletim Epidemiológico elaborado pelo Grupo de Vigilância Epidemiológica e Sanitária (GVES) de Paulínia, entre os anos 1989 e 1997. O que nos chamou a atenção, inicialmente, foi a constatação pelo GVES da diminuição no número de casos de tuberculose, hanseníase e esquistossomose diagnosticados no município no ano de 1995 (Tabela 4).

Tabela 4 – Ocorrência de casos de tuberculose, hanseníase e esquistossomose em Paulínia, entre os anos de 1994 e 1997

Ano	Tuberculose	Hanseníase	Esquistossomose
1989	22	11	32
1990	26	12	28
1991	23	9	39
1992	21	8	27
1993	27	10	34
1994	32	9	25
1995	17	3	12
1996	24	8	57
1997	21	7	55

Fonte: GVES/Paulínia

Considerando-se que a população do município não se alterou significativamente de um ano para o outro, nem sua condição sócio-econômica, ganhou corpo a hipótese de ter havido falha no diagnóstico. Esta hipótese foi corroborada pela análise dos dados da tabela 5:

Tabela 5 – Casos de tuberculose detectados em Paulínia e número de baciloscopias solicitadas

Ano	Rede Ambulatorial	Hospital Municipal	Total	Baciloscopias solicitadas
1994	23	9	32	317
1995	9	8	17	164
1996	18	6	24	202
1997	19	2	21	181

Fonte: GVES/Paulínia

Obs.: entre os anos de 1989 e 1993 os dados não estão disponíveis

Algumas inferências podem ser feitas a partir dos dados acima:

- O maior volume de diagnósticos tem sido feito nas unidades da Rede Ambulatorial (RA), o que é desejável que ocorra;
- A queda no número de casos diagnosticados, observada no ano de 1995, se deu muito em função da diminuição dos diagnósticos feitos na RA, que é onde vinha se concentrado quase que a totalidade das solicitações de baciloscopias de escarro;
- O número de diagnósticos feitos no Hospital Municipal de Paulínia (HMP) se manteve nos mesmos níveis, até 1997, quando a

grande maioria dos casos foi diagnosticada na Rede Ambulatorial, o que também é desejável que ocorra.

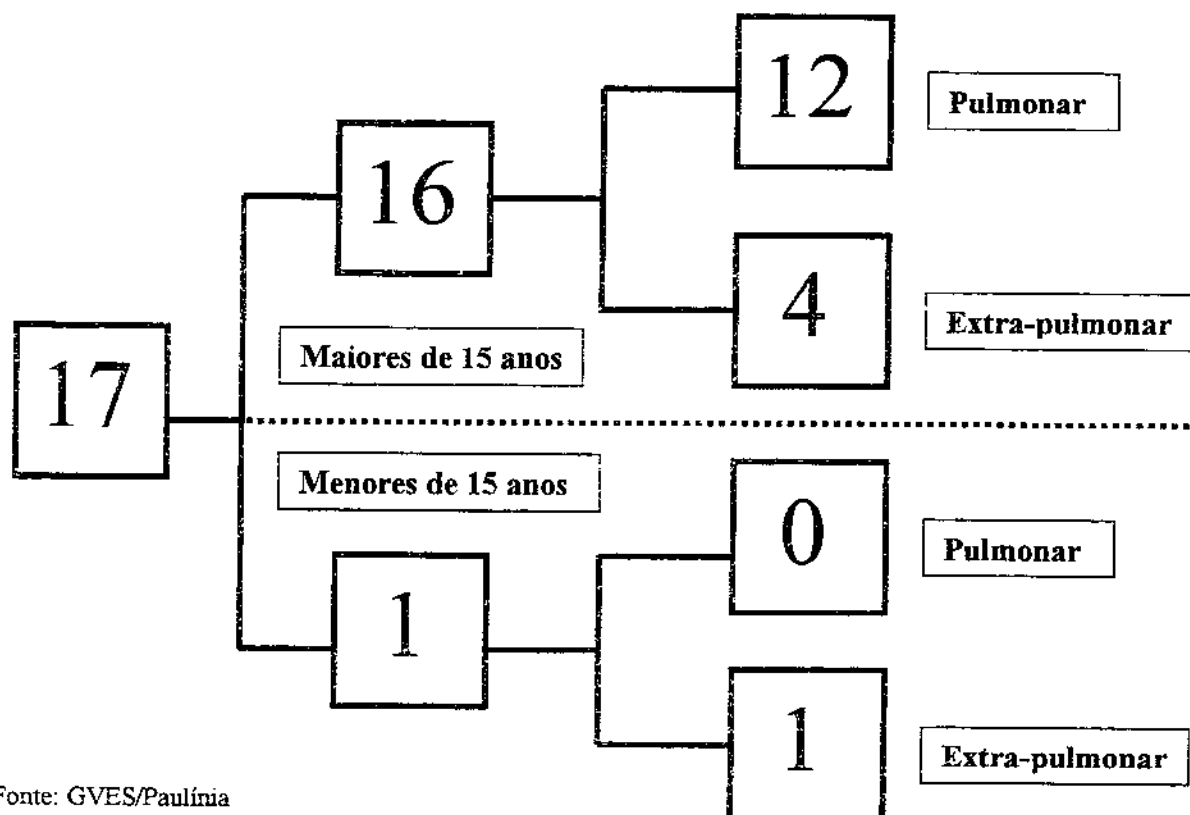
Diante disso cabe perguntar: se casos de tuberculose deixam de ser diagnosticados nas unidades que devem constituir a porta de entrada do sistema de saúde, que tipo de patologia estaria sendo diagnosticada aí? Preocupados com essa questão, procuramos verificar:

- Se os problemas detectados no diagnóstico dessas patologias teriam se refletido também no tratamento dos pacientes diagnosticados como portadores de tuberculose.
- Se estaria havendo falhas no diagnóstico e no seguimento ambulatorial de pacientes internados no HMP ou acompanhados nas unidades ambulatoriais por patologias classificáveis como eventos sentinela.
- Quais seriam as medidas indicadas para a correção da situação-problema detectada.

Para responder às questões colocadas foram elaboradas estratégias diferentes, procurando-se a todo momento envolver o maior número possível de atores no processo, mesmo não havendo na época uma decisão da gestão local pela utilização dos dados obtidos num eventual processo de mudança no modelo assistencial visando melhorias na qualidade do serviço de saúde.

Dados do GVES/Paulínia mostraram, preliminarmente, a distribuição por faixa etária e localização (pulmonar ou extra-pulmonar) dos casos novos detectados em 1995 (Quadro 4 e Tabela 6). A distribuição dos casos, da forma mostrada no quadro 4, está de acordo com o esperado, não diferindo significativamente do observado no anos anteriores bem como nos posteriores. Um único caso de menor de 15 anos foi diagnosticado no Hospital das Clínicas da UNICAMP, tratando-se de uma criança de um ano e meio de idade, com diagnóstico de Tuberculose Articular feito através de “teste terapêutico” e com história de ser comunicante familiar de tuberculose pulmonar.

Quadro 4 – Distribuição por faixa etária e localização dos casos novos de tuberculose em 1995 no município de Paulínia



Fonte: GVES/Paulínia

Tabela 6 – Distribuição dos casos novos de tuberculose segundo sexo e forma clínica no município de Paulínia no ano de 1995.

Sexo		Forma Clínica				
Masculino	Feminino	Pulmonar	Pleural	Meningite	Articular	Hepática
13	4	12	2	1	1	1

Fonte: GVES/Paulínia

A tabela 6 nos mostra que a forma clínica pulmonar concentrou 70,6% dos casos (12 pacientes), também dentro do esperado e que 76,5% desses pacientes (13 casos) eram do sexo masculino. A seguir, num primeiro momento, foram analisados os prontuários de todos os pacientes com diagnóstico de tuberculose no ano de 1995 (tabela 7). Foram considerados os seguintes dados: Unidade Básica de Saúde (UBS) onde o paciente fez o tratamento, local de diagnóstico, critério de diagnóstico, se havia sido feito acompanhamento na UBS nos momentos imediatamente anterior e posterior ao diagnóstico e o critério de alta que foi utilizado.

A tabela 7 nos mostra que a confirmação diagnóstica das formas pulmonares foi realizada através da positividade da pesquisa de bacilos álcool-ácido resistentes (BAAR) no escarro em 11 pacientes (64,7% dos casos). A distribuição dos casos, segundo o local de diagnóstico foi o seguinte: 8 casos diagnosticados no HMP (47,1%); 6 casos na UBS Central (35,3%); 2 casos na UBS do Jardim Planalto e 1 caso no HC UNICAMP. As UBS Monte Alegre e João Aranha, apesar de terem tratado 1 paciente cada uma no decorrer do ano de 1995, não fizeram nenhum diagnóstico de tuberculose.

Considerou-se então que, a partir do momento em que o diagnóstico é feito, não parece haver dificuldade para se instituir o tratamento, pois não ocorreu falta dos medicamentos e, mesmo que determinado médico nunca tivesse visto algum caso de tuberculose antes, não teria dificuldade em saber qual é o esquema de tratamento a ser utilizado, bastando consultar o Manual de Controle da Tuberculose existente em qualquer UBS ou então buscar retaguarda junto outro médico da equipe da UBS ou de referência.

Assim, o GVES/Paulínia, como forma de corrigir a situação-problema, por apresentar os dados obtidos aos médicos das UBS, discutí-los e instituir um treinamento que, no caso dos médicos clínicos, incluiu ainda temas como tuberculose, hanseníase, parasitoses intestinais, antibioticoterapia, critérios de encaminhamento para especialidades, etc.

Esses dados foram colhidos e analisados no primeiro semestre de 1996, sendo apresentados e discutidos a seguir com os médicos da Rede Ambulatorial. É bastante provável que a discussão desses dados juntamente com a reciclagem feita com os médicos tenha contribuído para as mudanças observadas nos anos seguintes, conforme se nota nas Tabelas 4 e 5.

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE

Tabela 7 – Distribuição dos casos novos de tuberculose diagnosticados no município de Paulínia, segundo local de tratamento, local de diagnóstico, critério de diagnóstico, acompanhamento anterior e posterior ao diagnóstico e critério de alta, em 1995.

Nº de ordem	Local de Tratamento	Local de diagnóstico	Critério de diagnóstico	Acomp. anterior	Acomp. posterior	Critério de alta
1	UBS-C	UBS-C	Bacilosc.	Não	Parcial	Abandono
2	UBS-C	UBS-C	Bacilosc.	Não	Sim	Cura
3	UBS-C	UBS-C	Radiog.	Não	Sim	Cura
4	UBS-C	UBS-C	Radiog.	Não	Sim	Cura
5	UBS-C	UBS-C	Bacilosc.	Não	Sim	Cura
6	UBS-C	UBS-C	Bacilosc.	Não	Sim	Cura
7	UBS-C	HMP	Histopato.	Não	Sim	Cura
8	UBS-C	HMP	Bacilosc.	Não	Sim	Cura
9	UBS-C	HMP	Cultura	Não	Sim	Cura
10	UBS-C	HMP	Bacilosc.	Não	Sim	Cura
11	UBS-C	HMP	Bacilosc.	Não	Sim	Cura
12	UBS-C	HMP	Bacilosc.	Não	Sim	Cura
13	UBS-C	UNICAMP	Teste Ter.	Não	Sim	Cura
14	UBS-JP	UBS-JP	Radiog.	Não	Sim	Cura
15	UBS-JP	UBS-JP	Bacilosc.	Não	Sim	Cura
16	UBS-JÁ	HMP	Bacilosc.	Sim	Parcial	Abandono
17	UBS-MA	HMP	Bacilosc.	Não	Parcial	Abandono

3.3.2 Eventos sentinela

A busca dos eventos sentinela teve como premissa básica a preocupação de não se deixar seduzir pelo fascínio da criação de novos indicadores, ou o uso de metodologias que não pudessem ser utilizadas cotidianamente por qualquer trabalhador da área de saúde minimamente motivado a avaliar seu próprio trabalho ou a participar da avaliação de sua unidade de produção.

Assim buscou-se apenas coletar os dados já existentes no sistema de saúde e organizá-los de modo a permitir um tipo de análise que mostrasse potência explicativa para o que se buscava, ou seja, relacionar o modo como se dá o trabalho médico em unidades ambulatoriais do SUS com os resultados concretos desse trabalho (ou a falta deles).

A busca dos eventos sentinela se deu de duas maneiras: a primeira, retrospectivamente, a partir da identificação dos pacientes adultos internados no HMP por patologias teoricamente passíveis de controle a nível ambulatorial; a segunda, foi prospectiva: os eventos foram sendo coletados a partir do trabalho cotidiano do autor em unidades básicas de saúde, diante de uma questão muito simples e óbvia: porque isso (a doença, a morte ou a incapacidade) não foi evitado, sendo que havia os recursos necessários para tanto?

A opção por pacientes adultos aconteceu em virtude do autor atuar rotineiramente como clínico geral e, portanto, apresentar maior familiaridade com os casos avaliados, facilitando assim a definição dos eventos sentinela.

3.3.2.1 Pacientes adultos internados no HMP por patologias passíveis de controle a nível ambulatorial

A definição inicial dos eventos sentinela se deu a partir dos dados de internação no HMP no ano 1994 contidos no documento "Análise do atendimento no Pronto Socorro e Enfermarias do Hospital Municipal de Paulínia", elaborado pela Secretaria Municipal da Saúde do município, em 1995. Preliminarmente notou-se que 322 pacientes (30,7% do total) que se declararam moradores no município foram internados em virtude de patologias potencialmente preveníveis ou controláveis a nível de ambulatório (Tabela 8).

A caracterização como eventos sentinela se deu em função dos critérios estabelecidos por Rutstein et al. (1976), enfatizando-se que essas internações (ou a maioria delas) poderiam ter sido evitadas se medidas adequadas estivessem sendo adotadas rotineiramente nas unidades ambulatoriais, destacando-se:

- O diagnóstico precoce e o tratamento adequado;
- Acesso garantido;
- A educação em saúde e o incentivo ao autocuidado;
- O acompanhamento clínico regular, contínuo, preferencialmente pelo mesmo médico (adscrição de clientela).

A partir da identificação de quais seriam os motivos de internação potencialmente evitáveis mais prevalentes em pacientes adultos, foram selecionados, no mês de agosto de 1995, 16 pacientes internados naquele mês

devido às causas listadas na Tabela 8. Esses dados foram obtidos no Boletim de Coleta de Dados Hospitalares (também chamado CAH 106), que os hospitais devem preencher e enviar mensalmente para a Secretaria Estadual da Saúde. Neste trabalho foi utilizado o diagnóstico principal de internação dos pacientes adultos. Este procedimento pode ser analisado da mesma forma que um diagrama de Pareto – ou, utilizando a denominação de Juran, seria a identificação dos ‘poucos vitais’ dentro de um diagrama de Pareto*.

Tabela 8 – Pacientes adultos internados no HMP durante o ano de 1994, segundo causas selecionadas.

<i>Motivo/Diagnóstico</i>	<i>Número</i>	<i>Percentual*</i>
Insuficiência Cardíaca	110	10,2
Hipertensão Arterial	85	7,8
Diabetes Melito	57	5,3
Acidente Vascular Cerebral	34	3,1
Infarto Agudo do Miocárdio/Angina	28	2,6
Asma Brônquica	18	1,7
TOTAL	332	30,7

* em relação ao total de pacientes moradores em Paulínia internados no HMP em 1994
 Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de Paulínia, 1995

(*) Mal comparando, os diagramas de Pareto estão para a melhoria de qualidade assim como a triagem está para a assistência médica de emergência. Ambos envolvem pesquisar os muitos casos que requerem tratamento e escolher os que exigem atenção mais urgente. O diagrama de Pareto tem esse nome em função do economista italiano Vilfredo Pareto (1848-1923), que observou que relativamente poucos cidadãos retinham a maior parte da riqueza num sistema econômico capitalista. Na década de 1950, Joseph M. Juran notou que a observação de Pareto era verdadeira não somente na economia, mas numa variedade de situações industriais também. Juran formulou o “princípio de Pareto”, que afirma que, *quando uma série de fatores individuais contribui para algum efeito global, relativamente poucos desses itens serão responsáveis pelo grosso do efeito*. Juran sugeriu que os poucos itens que são responsáveis pela maioria do efeito fossem chamados de “poucos vitais”, distinguindo-os dos numerosos outros fatores (os “muitos úteis”) que também operam (PLSEK, in BERWICK, GODFREY E ROESNER, 1995).

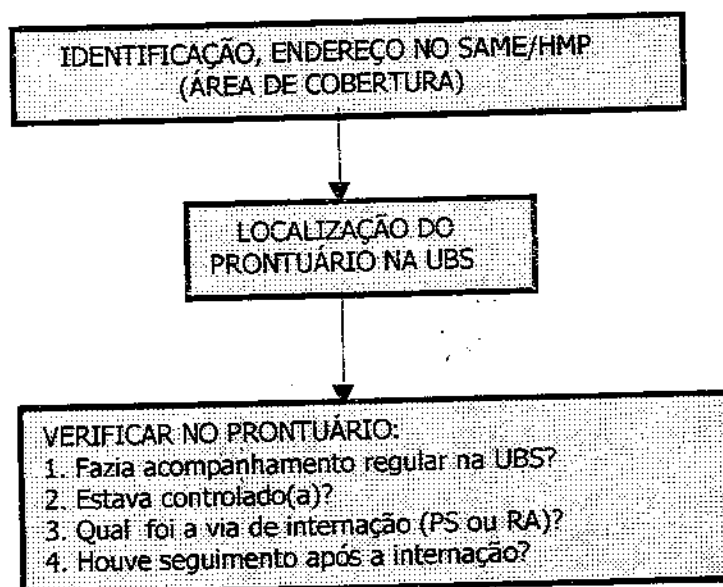
A distribuição dos casos na amostra escolhida do mês de agosto de 1995 foi a seguinte (Tabela 9):

Tabela 9: Pacientes internados no mês de agosto/1995 segundo causas selecionadas

Motivo/Diagnóstico de internação	Número	Percentual
Insuficiência Cardíaca Congestiva	6	37,50
Diabetes Melito	3	18,75
Asma Brônquica	3	18,75
Infarto Agudo do Miocárdio/ Angina	2	12,50
Hipertensão Arterial	2	12,50
TOTAL	16	100,00

Esses 16 pacientes foram então avaliados um a um, seguindo-se o fluxograma de investigação mostrado a seguir:

Quadro 5: Fluxograma de investigação dos eventos sentinela identificados no HMP, no mês de agosto de 1995



Analisando-se individualmente cada prontuário, buscando as informações citadas no Quadro 4, obteve-se os seguintes dados:

1. *I.R.G., sexo masculino, 64 anos.*

Internado por Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC);

Sem prontuário na RA;

Internado via PS.

2. *M.F.B.D., sexo feminino, 41 anos.*

Internado por ICC ;

Sem prontuário na RA;

Internada via PS.

3. *J.G.B., sexo feminino, 87 anos.*

Internada por ICC ;

Não fazia seguimento na RA, apesar de ter prontuário na UBS no qual constava o último atendimento no ano de 1991;

Internada via PS.

4. *F.F.F., sexo masculino, 71 anos*

Internado por ICC;

Sem prontuário na RA.

Internado via PS.

5. *D.C.S., sexo feminino, 77 anos;*

Internada por ICC;

Sem prontuário na RA.

Internada via PS.

6. *N.R.S., sexo masculino, 66 anos;*

Internado por ICC;

Última consultana RA, antes da internação, havia sido feita em 1993;

Seguimento regular pós internação;

Sem resumo de alta no prontuário da UBS;

Internado via PS.

7. *J.M.C., sexo feminino, 22 anos;*

Internada por Diabetes Melito descompensado;

Seguimento regular na UBS;

Sem resumo de alta no prontuário;

Internada via UBS.

8. *C.R.L., sexo masculino, 36 anos;*

Internado por Diabetes Melito descompensado;

Seguimento regular pré e pós internação na UBS e com endocrinologista;

Sem resumo de alta no prontuário;

Internado via UBS.

9. *T.C.E., sexo feminino, 63 anos;*

Internada por Diabetes Melito descompensado;

Sem prontuário na RA;

Internada via PS.

10. *C.C.S.S., sexo masculino, 40 anos;*

Internado por Asma Brônquica;

Seguimento regular pré e pós internação na UBS e com pneumologista.

Sem resumo de alta no prontuário da UBS;

Internado via PS.

11. *C.B.D.C., sexo feminino, 22 anos;*

internada por Asma Brônquica;

Seguimento regular na UBS, pré e pós internação, com clínico e com pneumologista.

Sem resumo de alta no prontuário da UBS;

Internada via PS.

12. *S.L.S., sexo feminino, 24 anos;*

Internada por Asma Brônquica.

Não fazia seguimento na UBS antes da internação.

Sem resumo de alta no prontuário da UBS;

Internada via PS.

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE

13. *S.F., sexo masculino, 49 anos;*

Internado por Hipertensão Arterial Sistêmica

Seguimento regular na UBS, pré e pós internação.

Sem resumo de alta no prontuário da UBS.

Internado via PS.

14. *R.S.A., sexo masculino, 35 anos;*

Internado por Hipertensão Arterial Sistêmica

Seguimento regular pré e pós internação.

Sem resumo de alta no prontuário da UBS;

Sem referência à internação no prontuário.

Internado via PS.

15. *J.E.C., sexo masculino, 59 anos;*

Internado por Angina;

Seguimento regular na UBS pré e pós internação.

Resumo de alta no prontuário da UBS;

Internado via PS.

16. *A.L.L.A., sexo masculino, 66 anos;*

Internado por Infarto Agudo do Miocárdio;

Seguimento regular na UBS pré e pós internação.

Sem resumo de alta no prontuário da UBS,

Internado via PS.

Alguns comentários sobre os dados obtidos:

- Dos 16 pacientes avaliados, 5 não tinham prontuário na RA. Podem ter informado endereço incorreto no HMP, não morar em Paulínia ou fazer seguimento com médico de convênio ou particular (pacientes nº 1, 2, 4, 5 e 9).
- 3 pacientes só passaram a fazer seguimento na RA após a internação, apesar de serem portadores de doenças crônicas e potencialmente graves a ponto de terem necessitado internação (pacientes nº 3, 6 e 12). A paciente nº 3, de 87 anos, internada por Insuficiência Cardíaca Congestiva, não estava em seguimento regular na UBS; estava restrita ao leito e não recebia atendimento domiciliar, apesar de necessitá-lo.
- Em apenas 1 dos 11 prontuários de pacientes matriculados na RA foi registrada a existência de resumo de alta encaminhado pelo HMP.
- Constatou-se que 7 das 8 internações de pacientes que possuíam prontuário na RA antes da internação ocorreram via Pronto Socorro, o que é indesejável, mesmo considerando-se que em alguns casos não haveria tempo de haver uma avaliação prévia em alguma unidade da RA pela própria equipe que deveria, em tese, estar mais familiarizada com o estado de saúde de cada paciente.

A partir destas constatações, foram elaboradas algumas recomendações:

- Implantar sistemática de acompanhamento de pacientes de risco;
- Definir o médico ou equipe responsável por esse acompanhamento (adscrição de clientela, responsabilização);
- Insistir para que o HMP encaminhe os pacientes egressos de internação com resumo de alta;
- Efetivação da atividade ou implantação de um programa específico de atendimento domiciliar. Existiam, com certeza, diversos pacientes restritos ao leito que devem estar fazendo, com frequência o percurso *leito no domicílio-leito na enfermaria*, com evidentes prejuízos tanto para os pacientes como para o sistema de saúde;
- Maior rigor na regionalização: constatou-se que 3 dos 11 pacientes mantinham prontuários em UBS de outra área de cobertura(*);
- Melhorar as anotações nos prontuários: 4 dos 11 prontuários avaliados tinham anotações ilegíveis e/ou incompletas, em desa-

(*) A UBS Central, ex-Centro de Saúde Escola, chegou a ter cerca de 60.000 prontuários abertos para uma população coberta de no máximo 25.000 pessoas, aproximadamente. Isto se deu em virtude de “invasão de área” dentro e fora do município, quase sempre “patrocinada” por familiares e/ou políticos locais, aliado ao fato de concentrar equipe mais numerosa, desenvolver atividade docente-assistencial por força de convênio com a Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP e concentrar diversas especialidades além das três áreas básicas (Pediatria, Clínica Médica e Gineco-Obstetria).

cordo com o que obriga o Código de Ética Médica. Esta é uma situação que gerava desconforto nos próprios médicos, aponto de, por iniciativa própria, terem instituído posteriormente uma Comissão de Revisão de Prontuários, vinculada à Comissão de Ética Médica(*)).

3.2.2.2 Eventos sentinela identificados no cotidiano do trabalho médico no ambulatório

Como já foi referido, esses casos foram sendo coletados prospectivamente, a partir trabalho cotidiano do autor em unidades ambulatoriais. O critério de seleção foi a caracterização como evento sentinela: caso de doença, óbito ou incapacidade potencialmente detectável precocemente, evitável ou mesmo controlável com os recursos humanos, materiais e a tecnologia disponível em determinado local, num determinado momento.

I. Cesta básica

Paciente de 55 anos, em acompanhamento na UBS há 12 anos. É hipertensa e vinha fazendo acompanhamento regular na unidade. Compareceu para consulta em março de 1996, após 5 meses de ausência, para realização de

(*) O Código de Ética Médica determina que o médico deve manter registro em prontuário de todos os atendimentos feitos e que esse registro deve se dar de forma legível e completa, além de conter a identificação do médico responsável pelo atendimento. O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo instituiu em 1995 a obrigatoriedade de todo serviço de saúde constituir uma Comissão de Revisão de Prontuários, vinculada à Comissão de Ética Médica.

exames que haviam sido solicitados em outro serviço e, claro, voltar a fazer o controle da hipertensão. Tratava-se de exames de seguimento após ter sido submetida a uma cirurgia de mama (mastectomia radical) indicada em virtude da detecção de neoplasia de mama, já em fase avançada. Após cuidadosa e trabalhosa revisão do prontuário da paciente na unidade constatou-se que, além da maioria das anotações ser ilegível, incompleta e não trazer a identificação de quem fez o atendimento, a paciente:

- Nunca fora submetida a exame ginecológico.
- Nunca fora encaminhada para o ginecologista.
- Mantinha-se com os níveis pressóricos normais nos últimos anos!!

Diante de casos como esse, não nos surpreendemos quando os dados do Boletim Mortalidade em Campinas (1996) nos mostram que, apesar do município apresentar um coeficiente de morbidade por câncer de mama menor que o da Inglaterra, tem um coeficiente de mortalidade significativamente maior.

II. Os livros estão certos

Num determinado dia uma das ginecologistas da UBS procurou pelos clínicos para apresentar uma reclamação/denúncia: recentemente fora feito o diagnóstico de carcinoma de endométrio em uma paciente que procurara atendimento por apresentar queixa de sangramento genital. A paciente, de 55 anos, era diabética e hipertensa e vinha sendo acompanhada pelos clínicos já há 21 anos e

vinha se mantendo muito bem controlada em relação à hipertensão e ao diabetes.

O motivo da queixa era o seguinte: no prontuário da paciente não constava nenhuma avaliação ginecológica nos últimos 5 anos e não havia nenhuma anotação comprovando encaminhamento para avaliação de rotina pelo ginecologista. Mas o mais grave, dizia ela, era que qualquer médico medianamente formado e informado deveria saber que *as mulheres diabéticas apresentam um risco consideravelmente maior que as não diabéticas de desenvolver carcinoma de endométrio*.

III. Morte anunciada

Dentro das atividades corriqueiras da equipe de saúde da UBS foi notificada da ocorrência do óbito de uma criança com 48 horas de vida, em virtude de insuficiência respiratória. Nascera com 2300 gramas, após 33 semanas de gestação. Seguindo os procedimentos indicados para a investigação do ocorrido soube-se que a mãe era uma adolescente de 15 anos, solteira. Já era sua segunda gravidez e seu segundo parto, com o último parto ocorrido há cerca de um ano e, da mesma forma que o primeiro, tinha evoluído para parto cesáreo. Seu primeiro filho também havia morrido antes de completar um mês de vida.

A mãe havia feito apenas duas consultas de pré-natal, sendo a primeira delas apenas no quinto mês de gestação, quando então foram solicitados os exames que compõem o chamado Perfil Obstétrico. No entanto, a gestante não realizou os exames e só retornou no sétimo mês, já em trabalho de parto prematuro.

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE

A análise preliminar do caso mostrou que:

- Tratava-se de uma gravidez de alto risco, tanto para a mãe quanto para a criança.
- Não foram adotados os procedimentos recomendados para uma situação como essa, ou seja, apesar de ter sido feita a discriminação do risco presente na situação exposta, isto não implicou em nenhuma medida concreta através de abordagem específica, singular, destinada à proteção da gestante e da criança diante do risco detectado, mesmo que tardiamente.
- As equipes de saúde da UBS e da maternidade que prestaram atendimento à gestante e à criança, chamadas a opinar informalmente a respeito do caso, se mostraram céticas quanto à possibilidade de se prevenir ou evitar o ocorrido.

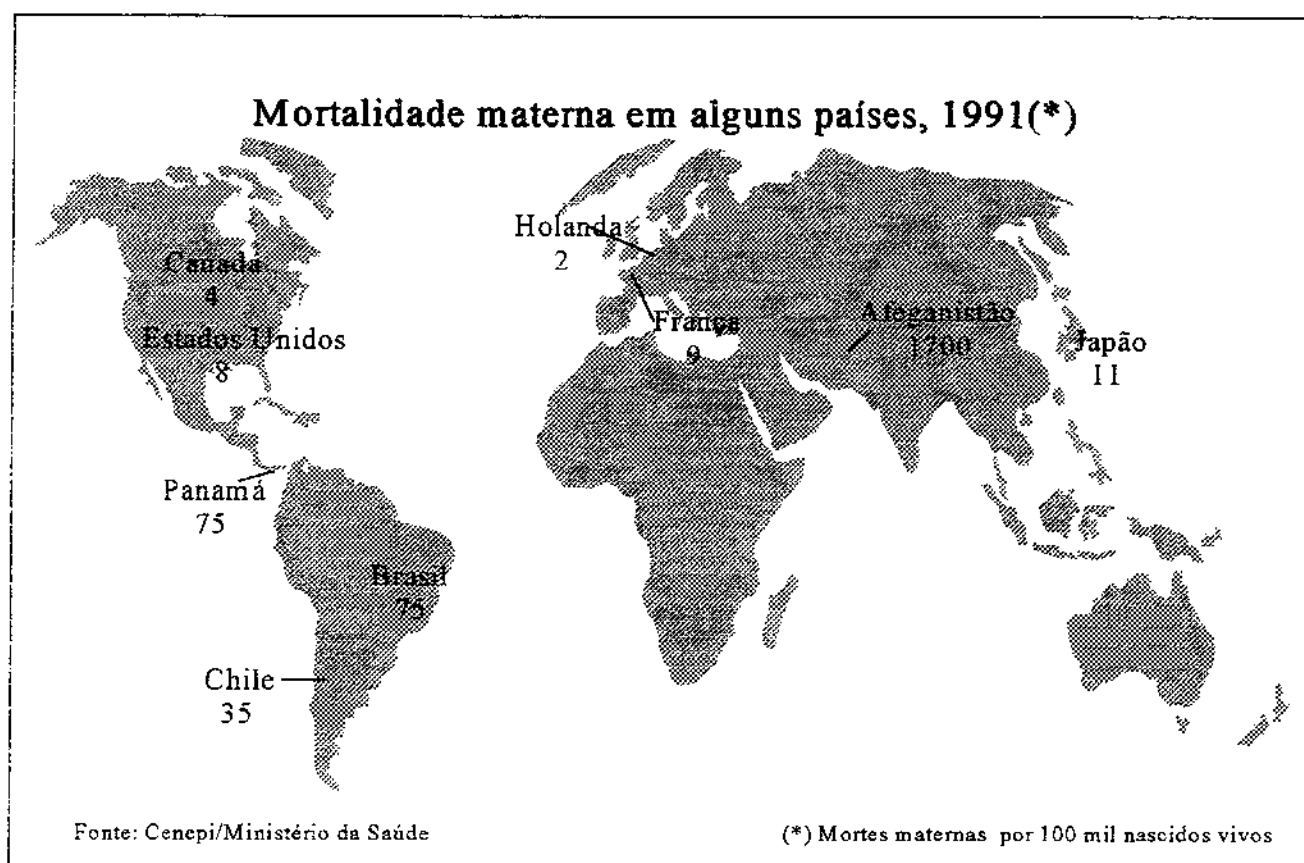
Não seria de se estranhar que as vítimas manifestassem opinião semelhante se chamadas a opinar sobre a capacidade do serviço de saúde intervir positivamente diante da situação colocada, ou se ao serem convidadas a interpretar os dados da figura a seguir (Quadro 6) dissessem que a situação do Brasil ainda não ser das piores ou que poderia ser melhor se as condições socioeconômicas fossem melhores.

Seria interessante lembrar, a título de comparação de modelos, que a Holanda, que é uma dos países com maior índice de partos domiciliares, muitos deles feitos por enfermeiras e também com um dos menores percentuais de parto

cesárea apresenta um dos mais baixos Coeficientes de Mortalidade Materna do planeta (2/100.000 nascidos vivos). O pré-natal também é feito, basicamente, por enfermeiras, a exemplo da Inglaterra, onde, logo na primeira semana após o parto, o recém-nascido e a puérpera recebem uma visita do médico e de uma assistente social da região onde devem estar adscritos.

Será que isso só é viável em países de primeiro mundo?

Quadro 6 – Coeficiente de Mortalidade Materna em alguns países, em 1991



IV. Câncer: sentença de morte?

Numa determinada época chamou-me atenção a ocorrência de dois casos de pacientes com câncer de estômago em períodos muito próximos. O primeiro caso detectado foi em uma paciente de 32 anos que já vinha sendo acompanhada na UBS há cerca de 8 meses com diagnóstico de síndrome dispéptica. Apesar de ter seguido corretamente o tratamento prescrito não apresentava melhora dos sintomas, respondendo de forma discreta ao uso de omeprazol, medicação bastante cara e normalmente bastante efetiva.

Logo após o primeiro mês de tratamento, diante da evolução do quadro clínico, foi solicitada a realização de exame de endoscopia digestiva alta (EDA), que mostrou a existência de uma úlcera em atividade no estômago. Nos meses seguintes o quadro não se alterou significativamente, mesmo com a introdução da medicação citada, sendo então repetida mais três vezes a EDA, sempre com resultado semelhante, exceto na última quando, por insistência do clínico, foi colhido material para realização de exame anátomo-patológico. Este exame revelou a existência de uma neoplasia (adenocarcinoma) no corpo gástrico, em estágio inicial e com bom prognóstico. Após a paciente se submeter ao tratamento convencional (gastrectomia) vem evoluindo bem até hoje, mantendo-se assintomática e não tendo apresentado nenhuma intercorrência.

Mais ou menos na mesma época foi detectada uma neoplasia gástrica em outra paciente, de 55 anos de idade, porém em estágio bem mais avançado, já com metástases para gânglios regionais, conforme constatado durante o ato cirúrgico. Diferentemente da paciente anterior, esta se mostrava

oligossintomática desde o início do quadro, nada levando a crer que decorridos cerca de 6 meses após a cirurgia ela viesse a apresentar um agravamento significativo do quadro clínico, vindo a falecer logo em seguida.

Aparentemente não haveria porque considerar estes dois casos como eventos sentinela. Mas será que algum de nós ficaria satisfeito em saber que:

- Ficou com um câncer no estômago durante certo tempo, sendo tratado com medicamentos caros e submetendo-se a exames dolorosos, invasivos, sem que seu problema fosse adequadamente diagnosticado e tratado? Não bastaria que o “endoscopista” desconfiasse do fato de se estar repetindo em curtos espaços de tempo a EDA, como indicativo da necessidade de realizar o exame anátomo-patológico para o diagnóstico poder ser feito ainda mais precocemente?
- Está morrendo por causa de um câncer de estômago que poderia ter sido detectado mais precocemente e talvez evoluído de outra forma? Como? Bastaria que no ano anterior, quando a paciente veio à UBS para tratar-se de um problema de anemia, esta tivesse sido investigada corretamente, pois qualquer texto básico de clínica médica nos diz que *“todo quadro de anemia em adulto deve ser investigado a fundo”* (KELLERMEYR, 1984).

VI. Como chegar aos 80 anos “saudável”

Tenho acompanhado o caso de um senhor de 79 anos de idade, mineiro, muito disposto e comunicativo e que, há cerca de dois anos, teve diagnosticada uma neoplasia (adenocarcinoma) de próstata. O caso foi avaliado pelos urologistas que não indicaram a prostatectomia, optando pelo tratamento clínico, em virtude dos riscos da cirurgia e do estadiamento do tumor (já havia sido constatada a presença de metástases à distância).

Apesar de estar evoluindo bem, ao analisar seu prontuário notei que havia anotação de uma consulta realizada um ano antes do diagnóstico citado, com o paciente se queixando de muita fraqueza e indisposição, além de ter emagrecido cerca de 8 kilos em período de seis meses. O diagnóstico feito na época foi de insuficiência cardíaca, classe funcional II, sendo iniciado o uso de digitálicos. Após alguns meses de acompanhamento sem que o paciente apresentasse melhora significativa foi solicitada a dosagem de antígeno prostático específico (PSA), recomendado para ser feito anualmente por todos os homens a partir dos 50 anos de idade, ou até menos (INCA, 1998). O resultado mostrou níveis de PSA acima dos limites de mensuração.

Até hoje nem eu nem a família comunicou-lhe o diagnóstico e o paciente vem vivendo muito bem, praticamente sem medicamentos. Sua esposa, também minha paciente, tem certeza que o que o mantém “saudável” são as brigas que frequentemente tem com ela e com os coelhos que cria.

Novamente aqui se nota que a não aplicação dos conhecimentos consensuais mínimos, modernamente chamados de Medicina Baseada em Evi-

- O tratamento equivocado;
- Perda da possibilidade de uma intervenção mais eficaz;
- Gastos inúteis com medicamentos;
- Sofrimento evitável.

VII – Saúde para todos no ano 2000

Desculpem-me a ironia mas o caso é trágico.

Recentemente tomei conhecimento do diagnóstico de um caso de Hanseníase, na forma virchoviana (MHV) e de mais três comunicantes na forma tuberculóide (MHT). Apesar de atender rotineiramente pacientes com hanseníase há cerca de quinze anos era a primeira vez que via tantos casos sendo diagnosticados quase que concomitantemente. Será que a UBS estava ganhando uma agilidade/resolutividade próxima da expectativa de qualquer cidadão brasileiro?

Infelizmente a realidade era totalmente oposta: o caso de MHV era de uma paciente de 75 anos, que vinha sendo acompanhada na UBS há cerca de 8 anos. Nesse período havia feito diversas consultas, quase todas de pronto-atendimento, onde se queixava de uma *úlcer*a na perna que não cicatrizava de modo algum; constava até uma contra-referência do PS do HC-UNICAMP, de cinco anos atrás, onde o interno ou residente que a atendeu recomendava uma investigação mais detalhada pois a paciente havia referido *alteração de sensibilidade* ao redor da úlcera. Nesse período todo nada foi feito em relação a isso, até que outro interno a atendeu, fez uma anamnese e um exame físico

completo e, após discutir o caso com o docente, foi indicada a coleta de material para realização de exame de baciloscopia e anátomo-patológico, confirmando a suspeita de MHV. Desgraçadamente a paciente veio a falecer meses depois, não se beneficiando do tratamento (poliquimeoterapia).

Confirmando também o que os livros nos ensinam (*a transmissão exige contato íntimo e prolongado*), ao se fazer a investigação nos comunicantes familiares, se detectou MHT em três deles.

O que dizer sobre isso.?

Que atenção primária não é (ou não deveria ser) atenção primitiva?

Que isso é “normal” num país que ocupa os primeiros postos na incidência dessa doença secular, tão comum em lugares miseráveis? Sugiro a quem comunga dessa opinião que procure convencer os doentes de que nada poderia ter sido feito para evitar que carreguem daqui para frente o pesado estigma da lepra.

CAPÍTULO 4

É POSSÍVEL AVALIAR E CONTROLAR A QUALIDADE DO TRABALHO MÉDICO NO AMBULATÓRIO?

COMO OPERAR MUDANÇAS NUM CENÁRIO DE CRISE?

“... os processos autogestivos e auto-analíticos são, para a organização do sistema, um câncer, uma peste. Não há nada que seja mais temido e mais odiado pelo sistema social, porque os movimentos instituintes tem esse intuito: que os coletivos presidam a definição de problema, a oferta de soluções, a colocação dos limites do que é possível e do que é impossível, o que normalmente é feito pelas instituições, organizações e saberes dos grupos dominantes.” (BAREMBLIT, 1992:23)

A avaliação deve ser vista como um processo que tem duas dimensões: técnica e social. A primeira, reproduz o esforço de objetivação característico da ciência; a segunda, está carregada de padrões de valores construídos, subjetivamente, na vida social. A busca da objetividade leva à quantificação e à experimentação, típicas das metodologias quantitativas. A subjetividade do campo dos valores, entretanto só pode ser apreendida qualitativamente, pois referem-se às representações sociais (STENZEL, 1996).

Stenzel (1996) cita ainda que essa aparente obviedade parece estar sendo reconhecida nas metodologias de avaliação que tem sido propostas mais recentemente, ao se adotar modelos de estudo que integram metodologias quantitativas e qualitativas; num primeiro recorte, de caráter metodológico, admite que os valores sociais, que fundamentam as intervenções, são aspectos subjetivos da realidade, sendo melhor apreendidos através das metodologias qualitativas, enquanto que o efeito dessas intervenções são “medidos” com a utilização de metodologias quantitativas.

A autora ressalta, e neste trabalho procurei adotar a mesma linha, que a avaliação em saúde requer a adoção de instrumental teórico-metodológico de diferentes áreas disciplinares, pelo seu duplo caráter subjetivo-objetivo e também para poder dar conta da diversidade e complexidade de seus objetos, dentro do campo da Saúde Coletiva: os estados de saúde e as intervenções em saúde. Isso caracteriza a avaliação em saúde como uma área “indisciplinar”, como, de forma interessante, a autora caracteriza a avaliação em saúde.

Neste trabalho, apesar de me deter numa dimensão mais específica das intervenções em saúde, o trabalho médico, reconheço que a avaliação dos estados de saúde deve também desencadear as intervenções em saúde e ainda servir como analisador de sua efetividade, caracterizando o esquema lógico-conceitual do “círculo avaliativo”, originário da Teoria dos Sistemas (vide quadro 4). Assim, a avaliação deve procurar integrar aquilo que de início estava separado (os objetos): as *necessidades de saúde*, expressas pelo diagnóstico dos estados de saúde e as *intervenções de saúde*, que se instituem para atender a essas necessidades. É dessa maneira que acredito que deva se efetivar a avaliação e o controle da qualidade do trabalho médico, ou seja, sendo um dispositivo destinado a mostrar até que ponto se consegue atuar no sentido de modificar positivamente o estado de saúde dos indivíduos e, se isso não acontece, indicar como chegar a esse objetivo (vide quadro 2).

Uma primeira vantagem da utilização da metodologia proposta neste trabalho para a avaliação da qualidade da atenção médica ambulatorial é de ordem operacional: seu menor custo no que se refere à coleta dos dados. Outra é a possibilidade de indicar com alguma clareza a responsabilidade dos profissionais de saúde em relação ao estado de saúde da população adscrita e até da não adscrita, mas pertencente à área de cobertura da unidade de saúde, procurando mudar a ótica do serviço de saúde, de um modelo médico-centrado ou centrado em procedimentos médicos para um modelo centrado no paciente e na comunidade e em suas necessidades de saúde.

Ao se implantar um sistema de informação desse tipo é possível até se detectar eventos desconhecidos dos serviços de saúde ou de um de seus

setores ou subsistemas, desde óbitos que estão ocorrendo na comunidade até egressos de internações hospitalares ou mesmo pacientes atendidos nas unidades de pronto-atendimento e nos pronto-socorros, cuja existência, quase sempre, é completamente ignorada pelos serviços de saúde ambulatoriais. A escolha dos eventos sentinela deve estar, evidentemente, estritamente relacionada com as prioridades, objetivos e metas estabelecidas no planejamento ascendente das unidades de saúde, assim como com o cotidiano do trabalho em saúde, de forma a poder provocar mudanças positivas em todos os níveis do sistema de saúde.

Precisamos reconhecer também, como tem enfatizado Merhy (1994) e Sousa Campos (1997), entre outros, que a divisão dos níveis individual e coletivo que tem fundamentado a separação entre as práticas clínicas e as da Saúde Pública é totalmente artificial e sem sentido, pois tratam de um mesmo objeto que é indivisível e inseparável, o processo saúde-doença. Da mesma forma, é importante ressaltar o caráter interdisciplinar da Saúde Coletiva, pois só com a adoção dos métodos oriundos de várias disciplinas lhe é possível apreender a integralidade do processo saúde-doença.

Outro ponto importante que define as linhas deste trabalho é responder à questão básica, já mencionada: quem avalia e quem controla a qualidade do trabalho médico? O sujeito da avaliação deve ser o sujeito da ação, que é o destinatário primordial da avaliação? Os beneficiários da ação, seus destinatários finais? Ou um avaliador externo a tudo? Essas questões expõem os conflitos de interesses que permeiam qualquer processo avaliatório, sobretudo quando existe uma proposta ou uma perspectiva clara de mudança, que sempre é

uma situação altamente “ruidosa”. A polêmica gerada pelo falso dilema da disputa colocada entre as “reais necessidades de saúde” versus “demandas por serviços de saúde”, conforme já exposto no decorrer deste trabalho, pode muitas vezes confundir a ação dos atores *comprometidos na verdade com ambos os objetivos ao mesmo tempo* e interessados em mudanças em favor dos usuários e dos profissionais de saúde, enquanto sujeitos do processo de restabelecer a dimensão cuidadora dos atos de saúde.

Acredito que esta é uma situação que deve se resolver na ação, da mesma forma que acontece com o trabalho em saúde, reconhecendo aí toda a riqueza de um processo de aprendizagem que propicia inclusive a geração de conhecimentos sobre as intervenções organizadas, se istituindo como um processo participativo e emancipatório dos sujeitos envolvidos. Caso isso não ocorra, a avaliação se limitará ao exercício autoritário do poder de julgar, fora da responsabilidade do sujeito da ação.

Temos observado, dentro do campo da Saúde Coletiva, que a Epidemiologia tem sido utilizada fornecendo argumentos “científicos” na tentativa de se formular diagnósticos “objetivos” das ditas “reais necessidades da população”, mas quase sempre esses argumentos só se justificam perante sua própria lógica; por outro lado, as correntes do Planejamento em Saúde latino americano tem procurado, abandonando essa intenção de objetividade, formular um diagnóstico dos interesses políticos dos diferentes atores que tem acesso à discussão sobre a definição de prioridades, o “diagnóstico situacional”, assumindo radicalmente a subjetividade dos juízos de valor nesse processo. Concordo com os que enxergam aí o risco de, ao se priorizar como estratégia de ação o acúmulo

de poder para então se partir para a ação propriamente dita, postergar indefinidamente a própria mudança.

Neste momento cabe trazer as propostas de Habermas que, de acordo com Rivera (1991), distingue três tipos de básicos de racionalidade em qualquer ação social: a *normativa* (ou instrumental, tecnocrática), a *estratégica* (ou política) e a *comunicativa*, advinda da noção de direito e de solidariedade. As propostas de ação programática embasadas na Epidemiologia, ao submeterem o “outro” – a população – à racionalidade do técnico, se caracterizam como uma racionalidade tecnocrática; o Planejamento Estratégico em Saúde é enquadrado como uma racionalidade estratégica, colocando o “outro”, aquele que tem uma proposta alternativa ou divergente de ação, como “inimigo”. Habermas parte do pressuposto de que o outro não é nem incompetente, nem um inimigo a ser derrotado, mas um interlocutor que deve ser respeitado como “sujeito portador de direitos”, com o qual devemos agir “comunicativamente”, buscando, através do diálogo constante, validar nossos argumentos perante os demais atores e, a partir daí, estabelecer o plano de ação.

O Modelo em Defesa da Vida mostra, no meu entendimento, grande convergência com essas propostas e, dentro dessa linha, acredito que as propostas de avaliação e controle da qualidade do trabalho médico aqui contidas procuram de alguma forma segui-las e também guardam alguma similaridade com aquilo que Guba e Lincoln (1990), dentro de uma abordagem de cunho construtivista, propuseram em relação à avaliação, denominando-a “avaliação de quarta geração”.

Guba e Lincoln identificaram quatro estágios na história da avaliação. A passagem de um estágio para outro se faria com o desenvolvimento dos conceitos e a acumulação dos conhecimentos. O primeiro estágio é baseado na medida (dos resultados escolares, da inteligência, da produtividade dos trabalhadores). Aí o avaliador é essencialmente um técnico que tem que saber construir e saber usar os instrumentos que permitem medir os fenômenos estudados. No segundo estágio (entre os anos 20 e 30) se procura identificar e descrever como os programas permitem atingir resultados esperados. O terceiro estágio é baseado no julgamento, onde a avaliação deve permitir o julgamento de uma intervenção. O quarto estágio estaria emergindo agora. Neste, o desejo é que a avaliação seja feita como um processo de negociação entre os atores envolvidos na intervenção a ser avaliada (HARTZ, 1997).

Os autores defendem que os três primeiros estágios tem em comum alguns problemas e limitações, que podem ser resumidas nos seguintes pontos:

1. Tendência à supremacia do ponto de vista gerencial nos processos avaliatórios;
2. Incapacidade em acomodar o pluralismo de atores e projetos envolvidos em torno de qualquer programa;
3. Hegemonia do paradigma positivista, que se nota na desconsideração do contexto, privilégio dos métodos quantitativos, crença numa verdade única e absoluta, caracterização como “não-científico” tudo o que fuja ao que foi anteriormente citado e desresponsabilização moral e ética do avaliador, já que, dentro desse paradigma a ciência seria livre de valores.

Assim, corroborando com o que esses e outros autores têm proposto, acredito que, para que o processo de avaliação se mostre uma ferramenta com capacidade de operar processos de mudança no cenário de crise em que vivemos, são necessários alguns cuidados:

- As questões de avaliação devem ser levantadas a partir de discussões feitas junto aos atores-sujeitos envolvidos no processo;
- O método deve ser construtivista tanto do ponto de vista ontológico (*a verdade é uma construção*) quanto epistemológico (*o dualismo sujeito/objeto deve ser negado, pois tanto o observador quanto o observado constroem a realidade*);
- A avaliação deve ser voltada para o desenvolvimento e a aprendizagem e não para o controle.

Por outro lado, Weiss (apud Denis, 1996: 24) adverte:

1. A informação oriunda de uma avaliação não é mais do que um elemento dentro da negociação entre os interesses múltiplos que levam a uma decisão;
2. A avaliação não pode atingir todos os componentes de um problema, não fornecendo muito além do que uma resposta parcial e incompleta aos problemas encontrados pelos envolvidos;
3. A tomada de decisão é um processo fragmentado em uma organização, o que quer dizer que os gestores muitas vezes não

podem acessar todas as informações ao mesmo tempo ou até em tempos diferentes e são constrangidos a uma utilização parcial e mínima dos resultados da avaliação;

4. É difícil adaptar a avaliação às expectativas dos implicados, uma vez que estes tem dificuldade em precisar suas necessidades de informação e estas necessidades evoluem através do tempo.

Sousa Campos (1999) também relativiza o papel da avaliação feita de modo exclusivamente institucional, criticando a “fetichização” dos programas de avaliação que tem surgido ocupando um lugar bastante similar aos métodos de planejamento de vinte ou trinta anos atrás e que pretendiam “enquadrar” a vida numa sociedade racional, enfatizando que a técnica jamais vai suplantará as determinações da política.

Enfatizo, neste ponto, que a informação, como componente essencial de qualquer proposta de avaliação nos dias de hoje, é exatamente um *sistema de controle*, conforme afirma Deleuze (1999) ao dizer que, após termos passado pelas sociedades de soberania e pelas sociedades disciplinares, estamos observando o surgimento das *sociedades de controle*. Citando Foucault, Deleuze mostra que as sociedades disciplinares tinham necessidade de que se instituissem meios de enclausuramento, como as prisões, escolas, oficinas e os hospitais (também chamadas instituições totais). As sociedades de controle diferem em muito das sociedades de disciplina, pois um controle não é uma disciplina:

“Com uma estrada não se enclausuram pessoas, mas, ao fazer estradas, multiplicam-se os meios de controle. Não digo que esse seja o objetivo único das estradas, mas as pessoas podem trafegar até o infinito e ‘livremente’, sem a mínima clausura, e serem perfeitamente controladas. Esse é o nosso futuro. Suponhamos que a informação seja isso, o sistema controlado das palavras de ordem que têm curso numa dada sociedade.” (DELEUZE, 1999: 5)

SUMMARY

The aim of this is to discuss strategies for evaluation of health care developed in public health services. Methodological and conceptual issues related to the evaluation steps proposed are analysed. Problems and advantages related to an articulated approach between external perspective and empowerment evaluation are discussed too.

The search of sentinel health events and tracers was the methodology used and it can be used as useful tool for health care service evaluation and indicating services with low than expected quality of care.

The achievement of theoretical, technical and political consensus is highlighted as a need for transformation evaluation in a tool for the management process.

The creation of multiple devices or negotiation contexts, in which multiple organizational rationalities meet and are confronted, is said to be an alternative for a radically democratic management, supported by the idea which says that no actor has got the power of imprinting the rationality of the organization without facing a complex, permanent and dialogical negotiation process which would involve all the organizational actors. The health evaluation is presented as a technical tool for the implementation of health policies, in a attempt to guide the National Health System, in Brazil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, R.T.; CARLSSON, P. Gravidade do caso: definição e classificação de instrumentos. **V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e V Congresso Paulista de Saúde Pública** – Livro de resumos. Águas de Lindóia: ABRASCO, 1997. p. 272.
- AYRES, J.R.C.M. **Sobre o Risco: Para compreender a Epidemiologia**. São Paulo: Hucitec, 1997
- BALINT, M. **O Médico, Seu Paciente e a Doença**. Rio de Janeiro: Ateneu, 1975.
- BANCO MUNDIAL **Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en Salud**. Washington DC: World Bank, 1993.
- BARATA, R.B. Saúde: responsabilidade do Estado contemporâneo. **Tema**, 15: 3, 1987.
- BAREMBLIT, G.F. **Compêndio de Análise Institucional e Outras Correntes: Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996.
- BATTISTA, R.N.; HODGE, M.J. The development of health care technology assessment. **Internacional Journal of technology Assessment in Health Care**, 11(2): 287-300, 1995.
- _____.; JACOB, R.; HODGE, M.J. Health care technology in Canada (with special reference to Quebec). **Health Policy**, 30: 73-122, 1994.
- BERWICK, D.M.; GODFREY, A.B.; ROESSNER, J. **Melhorando a Qualidade dos Serviços Médicos, Hospitalares e da Saúde**. São Paulo: Makron Books, 1994.
- BRASIL **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Centro Gráfico do Senado Federal, 1988.
- BRASIL Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. **Boletim CENEPI** 3, 1991.
- BRASIL Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família, uma estratégia para contribuir na reorientação do modelo assistencial**. 1997. [mimeo]
- BODSTEIN, R. C. A. A assistência médica na agenda pública. In _____ (org.). **Serviços Locais de Saúde: Construção de Atores e Políticas**. Rio de Janeiro: Relume/Dumará, 1993. pp. 15-39.

CAMARGO Jr., K. R. **(Ir)racionalidade médica: os paradoxos da clínica**. 1990. [Dissertação de Mestrado – Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro]

_____. **Racionalidades Médicas: A Medicina Ocidental Contemporânea**. Rio de Janeiro: UERJ-IMS (Série Estudos em Saúde Coletiva nº. 65), 1993.

CAMPOS, A.M. Accountability: quando poderemos traduzi-la para o português? **Revista de Administração Pública 24(2)**: 30-50, 1990.

CAMPOS, F.E. **Resolutividade: Uma Aproximação à Avaliação Qualitativa dos Serviços de Saúde**. Belo Horizonte: Imprensa Universitária, 1988

CANGUILHEM, G. **Le Normal et le Pathologique** (1966). Trad. De BARROCAS, M.T. R.C.; LEITE, L.O.F.B. **O Normal e o Patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1982.

CASTORIADIS, C. A lógica dos magmas e a questão da autonomia. In: _____. **As Encruzilhadas do Labirinto/2: Os domínios do homem**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987

CECÍLIO, L.C.O. A avaliação da qualidade e a gestão descentralizada em uma rede básica de saúde: a secretaria Municipal de Saúde de Piracicaba. In: _____ (org.) **Inventando a Mudança na Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. pp. 161-186.

_____. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública 13 (3)**: 469-478, 1997.

_____. Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicado ao setor governamental. In. MERHY, E.E. ONOCKO, R. (orgs.) **Agir em saúde. Um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. pp. 161-168.

_____; MATSUMOTO, N.M. **Uma Taxonomia Operacional de Necessidades de Saúde**. 1999.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (BRASIL). **Código de Ética Médica**. São Paulo: Edipro, 1988.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE. Sistema Único de Saúde. **Publicações Técnicas 2**, 1990.

- CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO.
Resolução 70/95. 1995. [mimeo]
- CLAVREUL, J. **L'Ordre Médical** (1978) Trad. De NOUJAIM, J. G.; JORGE, M. A. C.; SILVEIRA Jr., P. M. **A Ordem Médica. Poder e Impotência do Discurso Médico**. São Paulo: Brasiliense, 1983.
- CONTANDRIOPOULOS, A. P. Reformar o sistema de Saúde: uma utopia para sair de um *status quo* inaceitável. **Saúde em Debate**, 49-50: 53-64, 1996.
- _____. ; de POUVOURVILLE, G. Entre constructivisme et libéralisme: la recherche d'une troisième voie. **Cahier n° N91**, 03. Montreal: GRIS, 1991.
- DALMASO, A. S. W. Oferta e consumo de ações de saúde: como realizar o projeto da integralidade. **Saúde em Debate** 44: 35-38, 1994.
- _____. Atendimento à demanda espontânea : pronto atendimento e atividades programáticas. In: SCHRAIBER, L.B. (org.) **Saúde do Adulto: Programas e Ações na Unidade Básica**. São Paulo: Hucitec, 1996.
- DELEUZE, G. **Conversações**. São Paulo: Editora 34. 1998
- DELEUZE, G. **Mais!** Folha de São Paulo, 27-6; 1999: 5(4-5).
- DONABEDIAN, A. **Aspects of Medical Care Administration**. Boston: Harvard University Press, 1973.
- _____. The quality of care: how can it be assessed. **Journal of American Medical Association**, 260 (12): 1743-1748, 1981.
- _____. ; WHEELER, J.R.C., WYSZEWLANSKI, L. Quality, cost and health: na integrative model. **Medical Care**, vol. XX (10): 975-992, 1982.
- _____. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology Laboratory Medicine**. Ann Arbor: Health Administration Press, 1990.
- _____. **Seminar on quality assessment and assurance**. São Paulo: PROHASA/EAESP/FGV, 1993.
- DE VRIES, M **The Redemption of the Intangible in Medicine**. Londres: Institute of Psychosynthesis, 1981.
- DONNANGELO, M.C. **Medicina e Sociedade. O Médico e seu Mercado de trabalho**. São Paulo: Pioneira, 1975.
- DUCHIADE, M.P.; CARVALHO, M.L.; LEAL, M.C. As mortes em domicílio de menores de um ano na região metropolitana do Rio de Janeiro em 1986: Um

- evento sentinela na avaliação dos serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, 5(3): 252-263, 1989.
- DUMONT, L. **O Individualismo**. Rio de Janeiro: Rocco, 1993.
- DUSSAULT, G. Gestão dos recursos humanos e qualidade dos serviços de saúde. **Educación Médica y Salud**, 28(4): 478-489, 1994.
- ETIZIONI, A. **Organizações Modernas**. São Paulo: Pioneira, 1989.
- ETTNER, S.L. The time of preventive services for women and children. **American Journal of Public Health**, 86: 1748-1754, 1996.
- EVANS, R.G.; STODDART, G. **Producing Health, Consuming Health Care** (Rapport #6). Toronto: Canadian Institute for Advanced Research, 1990.
- EVIDENCE BASED MEDICINE WORKING GROUP Evidence medicine based. **Journal of the American Medical Association**, 268: 2420-2425, 1992.
- EWALD, F. Le Bio-pouvoir. **Magazine Littéraire**, 218: 42-43, 1985.
- FIGUEIREDO, A.M.A.; TANAKA, O.Y. A avaliação no SUS como estratégia de reordenação da saúde. **Cadernos FUNDAP – Qualidade em Saúde**, 19:98-105, 1996.
- FEINSTEIN, A. Quality of care evaluation. **Clinical Epidemiology**. Toronto: Saunders Company, 1985.
- FEIX, R. Atenção primária à saúde: conceito, implantação e tendências. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M.I.; GIGLIANI, E. R. J. (orgs.). **Medicina Ambulatorial. Condutas Clínica em Atenção Primária**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990. pp. 11-15.
- FOUCAULT, M. **O Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1980.
- _____. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1981.
- FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MEHRY, E.E. **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde. O caso de Betim**. 1998. [mimeo]
- _____; MEHRY, E.E. **P.S.F.: Contradições de um Programa Destinado à Mudança do Modelo Assistencial**. 1999. [mimeo]
- FRY, J. **Internacional Medical Care: A Comparison and Evaluation of Medical Care Services Throughout the World**. Oxford: MTP, 1972

- GOMES, F.G. **Marco Conceptual y consideraciones metodológicas preliminares para el desarrollo de un protocolo de investigación de la calidad de la atención de la salud en un grupo de países americanos.** Washington: OPS, 1989.
- GUATTARI, F. **As Três Ecologias.** São Paulo: Papirus, 1990.
- GUBA, E.G.; LINCOLN, Y.S. **Fourth Generation Avaluation.** Beverly Hills: Sage, 1990.
- HABERMAS, J. **Consciência Moral e Agir Comunicativo.** Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989.
- HARTZ, Z.M.A. (org.) **Avaliação em Saúde: dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.
- _____. et al. Mortalidade infantil "evitável" em duas cidades do Nordeste do Brasil: indicador de qualidade do sistema local de saúde. **Revista de Saúde Pública**, 30(4): 310-318, 1996.
- HERZLICH, C. A evolução das relações entre os médicos franceses e o Estado de 1880 a 1980. In: MACHADO, M. H. (org.). **Profissões de saúde: Uma abordagem Sociológica.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. pp. 75-89.
- IRIART, C.B.; WAITZKIN, H.; MERHY, E.E. Managed Care. **Cadernos PROHASA 3 (1):** 1-13, 1997.
- INOJOSA, R.M. Avaliação e controle do SUS: mudam-se as práticas?. **Cadernos FUNDAP – Qualidade em Saúde**, 19: 88-97, 1996.
- JUNQUEIRA, L.A.P.; AUGÉ, A.P.F. Qualidade nos serviços de saúde e satisfação do usuário. **Cadernos FUNDAP 19 – Qualidade em Saúde:** 60-78, 1996
- KAZANDJIAN, V.A.; STERNBERG, E.L. **The Epidemiology of Quality.** Gaithersburg, Maryland: Aspen Publishers Inc., 1995
- KELLEHER, K.J.; CHILDS, G.E.; WASSERMAN, R.C.; MCINTERNY, T.K.; NUTTING, P.A.; GARDNER, W.P. Insurance status and recognition of psychosocial problems. **Archives of Pediatric and Adolescent Medicine** **151:** 1109-1115, 1997.
- KELLERMEYER, R.W. Princípios Gerais de Avaliação e Tratamento das Anemias. In: **Clínicas Médicas da América do Norte:** 3: 561-572, 1984.
- KESSNER, D.; KALK, C. E.; SINGER, J. Assessing health quality. The case of tracers. **New England Journal of Medicine**, 288(4): 189-193, 1973.

KLOETZEL, K. O ambulatório e o médico geral comunitário. **Revista Brasileira Méd.**, 3(2): 23-73, 1981

_____. **Medicina Ambulatorial: Princípios Básicos**. São Paulo: E.P.U., 1999.

LAURELL, A.C. La globalizacion y las politicas de salud. In: **Anais do V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva/V Congresso Paulista de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997. pp. 25-41.

LYONS, A.S.; PETRUCELLI, R.J. **História da Medicina**. São Paulo: Manole, 1997.

LUZ, M.T. As conferências nacionais de saúde e as políticas de saúde na década de 80. In: GUIMARÃES, R.; TAVARES, R.A.W. (orgs.) **Saúde e Sociedade no Brasil: Anos 80**. Rio de Janeiro: Relume Dumará/ABRASCO, 1994. pp. 131-152.

MACHADO, M. H. (coord.) **Perfil dos Médicos no Brasil** (Relatório final). Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/Conselho Federal de Medicina/Ministério da Saúde-PNUD, 1996a.

_____. As profissões e o SUS: arenas conflitivas. **Divulgação em Saúde pa Debate 14**: 44-47, 1996b.

MACKENBACH, J.P.; BOUVIER-COLLE, M.H.; JOUGLA, E. "Avoidable" mortality and health services: a review of aggregate data studies. **Journal of Epidemiology Community Health**, 42: 325-332, 1988.

MALIK, A.M. Desenvolvimento de recursos humanos, gerência de qualidade e cultura das organizações de saúde. **Revista de Administração Pública**, 28 (4): 76-96, 1992..

_____. Qualidade em serviços de saúde nos setores público e privado. **Cadernos FUNDAP – Qualidade em Saúde**, 19: 7-23, 1996

_____. Qualidade, profissionais e organizações de saúde. **Revista de Administração em Saúde**, 1 (2): 17-20, 1998.

MALTA, D.C. et al. Acolhimento – uma reconfiguração do processo de trabalho em saúde usuária-centrada. In: CAMPOS, C.R. et al (orgs.) **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã, 1998. pp. 121-142.

MARX, K. **O Capital**. Livro I. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1992.

MENDES, E.V. et al ***Distrito Sanitário: O processo social da mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde***. São Paulo: Hucitec, 1993.

MENDES-GONÇALVES, R. B. ***Medicina y historia: Raíces Sociales del Trabajo Médico***. México: Siglo Veintiuno, 1984.

_____. ***Processo de Trabalho em Saúde***. São Paulo, CADRHU, módulo I, 1988. [mimeo]

_____. ***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.

MERHY, E. E. ***A Saúde Pública como Política. Um Estudo de Formuladores de Políticas***. São Paulo: Hucitec, 1992.

_____. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo técnico assistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L. C. O. (org.). ***Inventando a Mudança na Saúde***. São Paulo: Hucitec, 1994. pp. 117-159.

_____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: _____.; ONOCKO, R. (orgs.) ***Agir em saúde. Um desafio para o público***. São Paulo: Hucitec, 1997a. pp. 71-112.

_____.; CHAKKOUR, M. (e outros) Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo o trabalho em saúde. In: _____.; ONOCKO, R. (orgs.) ***Agir em saúde. Um desafio para o público***. São Paulo: Hucitec, 1997b. pp. 113-160.

_____. O desafio da tutela e da autonomia: uma tensão permanente do ato cuidador. ***Cadernos do Centro de Estudos do Hospital Cândido Ferreira***. 1998a.

_____. ***A gestão do cotidiano em saúde e o ato de governar as tensões constitutivas do seu agir: desafio permanente das estratégias gerenciais adotadas***. 1998b. [mimeo]

_____. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde. In: CAMPOS, C. R. et al (orgs.) ***Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público***. São Paulo: Xamã, 1998c. pp. 103-120.

_____. ***Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde***. 1999. [mimeo]

- MONTEIRO, C.A. (org.) **Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil: A Evolução do País e de sua Doenças**. São Paulo: Hucitec/NUPENS/USP, 1995.
- MOTTA, P.R. **Gestão Contemporânea: a Ciência e a Arte de Ser Dirigente**. Rio de Janeiro: Record, 1991.
- NEMES, M.I.B. **Avaliação do Trabalho Programático na Atenção Primária à Saúde**. São Paulo, 1995 [Tese de Doutorado – Universidade Estadual de São Paulo]
- _____. Práticas Programáticas em Saúde. In: SCHRAIBER, L.B. (org.) **Saúde do Adulto: Programas e Ações na Unidade Básica**. São Paulo: Hucitec, 1996.
- NICZ, L.F. Managed Care. **Médicos**, 2: 96-105, 1998.
- NOGUEIRA, R.P. **Perspectivas da Qualidade em Saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.
- NOGUEIRA-MARTINS, L.A.; NOGUEIRA-MARTINS, M.C.F. O exercício atual da Medicina e a relação médico-paciente. **Revista Brasileira de Clínica e Terapêutica**, 24(2):59-64, 1998.
- NOVAES, H.M. **Ações Integradas nos Sistemas Locais de Saúde – SILOS: Análise Conceitual e Apreciação de Programas Selecionados na América Latina**. São Paulo: Pioneira, 1995.
- NUNES, E.D. A questão da interdisciplinaridade no estudo da Saúde Coletiva e o papel da Ciências Sociais. In: CANESQUI, A.M. (org.) **Dilemas e Desafios das Ciências Sociais na Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec/ABRASCO, 1995.
- O'MALLEY, A. S.; MANDELBLATT, J.; GOLD, K.; CAGNEY, K.A.; KERNER, J. Continuity care and use of breast and cervical cancer screening services in a multiethnic community. **Archives of Internal Medicine**, 157: 1462-1470, 1997.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OPS). Mortalidad evitable: Indicador o meta? Aplicación en los países en desarrollo. **Boletín Epidemiológico**, 11(1): 1-9, 1990.
- PENNA, M.L.F.; FAERSTEIN, E. Coleta de dados ou sistema de informação? O método epidemiológico na avaliação de serviços de saúde. **Cadernos do IMS**, 1(2): 67-78, 1987.

- PAULÍNIA. **Análise do Atendimento no pronto socorro e Enfermarias do Hospital Municipal de Paulínia**. Paulínia: Prefeitura Municipal de Paulínia. Secretaria Municipal da Saúde, 1996. 57p. [mimeo]
- PAULÍNIA. **Boletim Epidemiológico de 1994**. Paulínia: Prefeitura Municipal de Paulínia. Secretaria Municipal da Saúde, Grupo de Vigilância Epidemiológica e Sanitária, 1995.8p. [mimeo]
- PAULÍNIA. **Boletim Epidemiológico de 1995**. Paulínia: Prefeitura Municipal de Paulínia. Secretaria Municipal da Saúde, Grupo de Vigilância Epidemiológica e Sanitária, 1996.8p. [mimeo]
- PAULÍNIA. **Boletim Epidemiológico de 1996**. Paulínia: Prefeitura Municipal de Paulínia. Secretaria Municipal da Saúde, Grupo de Vigilância Epidemiológica e Sanitária, 1997.7p. [mimeo]
- PAULÍNIA. **Boletim Epidemiológico de 1997**. Paulínia: Prefeitura Municipal de Paulínia. Secretaria Municipal da Saúde, Grupo de Vigilância Epidemiológica e Sanitária, 1998.7p. [mimeo]
- PITTA, A.M.F. Avaliação como processo de melhoria da qualidade de serviços públicos de saúde. **Revista de Administração Pública**, 26 (2): 44-61, 1992.
- PLSEK, P.E. O A-B-C das ferramentas de melhoria da qualidade. In: BERWICK, D.M.; GODFREY, A.B.; ROESSNER, J. **Melhorando a Qualidade dos Serviços Médicos, Hospitalares e da Saúde**. São Paulo: Makron Books, 1994. pp. 182-225.
- PONTES, P.; SARVAT, M. Managed Care: o fim do exercício ético da medicina. **Canal Médico**, 8(1): 9-10, 1997.
- RIBEIRO, J.M. Trabalho médico e reforma do sistema de saúde. **Medicina**, ano XIV, 101: 24-25, 1999.
- RIVERA, F.J.U. (org.). **Planejamento e Programação em Saúde: Um Enfoque Estratégico**. São Paulo: Cortez, 1989.
- _____. **O Agir Comunicativo e a Planificação Estratégica no Setor Social (e Sanitário): Um Contraponto Teórico**. 1991. [Tese de Doutorado-Escola Nacional de Saúde Pública]
- ROCHA, H. Alguns desafios atuais para o médico e, em especial, para o clínico geral. **Revista Brasileira de Clínica e Terapêutica**, 23(1): 6-11, 1997.
- ROSEMBERG, W.D.A. Evidence based medicine: na approach to clinical problem-solving. **British Medical Journal**, 310: 1122-1126, 1995

- RUFFINO NETO, A.; PEREIRA, J.C. O processo saúde-doença e suas interpretações. *Medicina*, 15(1 e 2): 1-4, 1982.
- RUTSTEIN, D.D. et al. Measuring the quality of medical care: A clinical method. *New England Journal of Medicine*, 294: 582-588, 1976.
- SÁ, E.N.C. et al. Êxodo forçado: efeitos do PAS. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva/V Congresso Paulista de Saúde Pública*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997. pp. 151-185.
- SACKET, D.L.; HAYNES, R.B.; GUYATT, G.H. et al. *Clinical Epidemiology: A Basic Science for Clinical Medicine*. Boston/Toronto/London: Little, Brown and Company, 1991.
- SANTANA, J. P. Recursos humanos: desafios para os gestores do SUS. *Divulgação em Saúde para Debate*, 14: 33-36, 1996.
- SANTOS, M. A escassez como motor da história. *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro: 24 set 1997.
- SANTOS, N.R. Regulação da oferta de serviços de saúde: desafios inadiáveis. *Saúde em Debate*, 47: 19-22, 1995.
- SCOCHI, M.J. Estudos sobre avaliação da qualidade da assistência ambulatorial. In: *V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e V Congresso Paulista de Saúde Pública – Livro de resumos*. Águas de Lindóia: ABRASCO, 1997. pp. 271-272.
- SEGRE, M. Limites éticos da intervenção sobre o ser humano. In: _____; COHEN, C. (orgs.) *Bioética*. São Paulo: EDUSP, 1995. pp. 101-115.
- _____.; LEOPOLDO E SILVA, F.; SCHRAMM, F.R. O contexto histórico, semântico e filosófico do princípio da autonomia. *Bioética* 1(6): 15-23, 1998.
- SCHRAIBER, L.B. *Educação Médica e Capitalismo*. São Paulo: Hucitec-ABRASCO, 1989.
- _____. O trabalho médico e a clínica na medicina moderna. In: CEFOR. *O Trabalho em Saúde e a Organização da Prática*. São Paulo: Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde (Série Cadernos CEFOR-Textos, 4), 1992. pp. 1-33.
- _____. *O Médico e seu Trabalho. Limites da Liberdade*. São Paulo: Hucitec, 1993.
- _____.; MENDES-GONÇALVES, R.B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: _____; NEMES, M.I.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B.

(orgs.). **Saúde do adulto. Programas e Ações na Unidade Básica**. São Paulo: Hucitec, 1996a. pp. 29-47.

_____.; NEMES, M.I.B. Processo de trabalho e avaliação de serviços em saúde. **Cadernos FUNDAP 19 – Qualidade em Saúde**: 106-121, 1996b

SCHRAMM, F.R. **A Terceira Margem da Saúde: Ética Natural, Complexidade, crise e Responsabilidade no Saber-Fazer Sanitário**. Brasília: Ed. UnB, 1996.

_____. Equidade na alocação de recursos e vigência da cultura dos limites: um dilema moral para a Saúde Pública. In: **Anais do V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva/V Congresso Paulista de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997. pp. 45-58.

_____. A autonomia difícil. **Bioética** 1(6): 27-37, 1998.

SILVA, L.M.; FORMIGLI, V.L. Avaliação em saúde: limites e perspectiva. **Cadernos de Saúde Pública**, 10 (1): 80-91, 1994.

SILVA Jr., A.G. **Modelos Tecno-assistenciais em Saúde: o debate no campo da Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1998.

SOUSA CAMPOS, G. W. **Os Médicos e a Política de Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1988.

_____. Recursos humanos na saúde: fator de produção e sujeitos sociais no processo de reforma sanitária no Brasil. In: _____; MERHY, E.E.; NUNES, E. D. **Planejamento Sem Normas**. São Paulo: Hucitec, 1989. pp. 45-51.

_____. **A Saúde Pública e a Defesa da Vida**. São Paulo: Hucitec, 1991.

_____. **A Reforma da Reforma. Repensando a Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992.

_____. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. O. (org.) **Inventando a Mudança na Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. pp. 29-87.

_____. Análise crítica das contribuições da saúde coletiva à organização das práticas de saúde no SUS. 1996. [mimeo]

_____. Subjetividade e administração de pessoal: Considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.E. ONOCKO, R. (orgs.) **Agir em saúde. Um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. pp. 229-266.

- _____. O anti-taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. 1997. [mimeo]
- _____. Evaluation: from soliloquy to dialogue. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(2): 229-259, 1999.
- STENZEL, A.C.B. *A Temática da Avaliação no Campo da Saúde Coletiva: Uma Bibliografia Comentada*. 1996 [Dissertação de Mestrado, Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas]
- TÄHKÄ, V. *Potilas-lääkärisuhde [The Patient-doctor Relationship] (1986)*. Trad. de ABREU, J.O.A. *O Relacionamento Médico-Paciente*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.
- TANAKA, O.Y. *Avaliação da Qualidade de serviços Básicos de Saúde. O Estudo do Distrito de Brasilândia*. 1994. [Tese de Livre Docência-Faculdade de Saúde Pública-Universidade de São Paulo]
- TESTA, M. *Pensar em Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas/ABRASCO, 1992.
- _____. Análisis de instituciones hipercomplejas. In: MERHY, E.E. ONOCKO, R. (orgs.) *Agir em saúde. Um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. pp. 17-71.
- VUORI, H. A qualidade da saúde. *Saúde em Debate*: 17-25, 1991.
- WALSH, K. Qualità e servizi publici. *Problemi di Amministrazione Pubblica*, 16 (1), 1993.
- WEISS, L.J.; BLUSTEIN, J. Faithful patients: the effect of long-term physician-patient relationships on the costs and use of healthcare by older Americans. *American Journal of Public Health*, 86: 1742-1747, 1996.
- WHITE, K.L. *Investigaciones sobre servicios de salud: una antologia*. Washington: OPS, 1993.
- WHITEHEAD, M. Who cares about equity in the NHS? *British Medical Journal*, 308: 1284-1287, 1994.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Health Program Evaluation*. Geneva: World Health Organization, 1981.

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE