ARTIGOS

ORGANIZAÇÃO DA PRÁTICA MÉDICA: QUE FALE O PACIENTE*

MOEMA MIRANDA DE SIQUEIRA**

1. Introdução; 2. Apresentação; 3. Objeto e marco teórico; 4. A resposta dos pacientes.

1. *Introdução*

Este trabalho teve por objetivo a compreensão do processo de organização da prática médica no Brasil, em dois níveis. No primeiro deles, mais abrangente, procurou-se estudar, historicamente, a organização da prática médica no País, identificando-se o papel exercido pela entrada do Estado no mercado de produção de serviços de saúde e as conseqüentes alterações nas modalidades de prestação de serviços médicos.

Em um segundo nível de análise, o trabalho partiu da consideração de que as relações de poder que ocorrem na sociedade como um todo se reproduzem entre as modalidades da prática médica organizada. A medicina prestada teria um valor diferente em grupos ou frações de classes específicos, variando também a relação médico-paciente. Supôs-se que as variações seriam tanto objetivas (acesso a consulta, medicamentos e tratamentos, esperas, escolha médica, controle burocrático e duração da consulta) quanto em termos das percepções subjetivas acerca do funcionamento organizacional e do atendimento recebido.

Para tanto, procurou-se levantar dados em unidades de prestação de serviços de saúde de três modalidades básicas: medicina liberal, previdenciária e empresarial, tratando-as comparativamente, ouvindo os pacientes sobre suas expectativas e opiniões em relação às práticas vivenciadas.

Considerou-se como prática médica liberal aquela que é realizada a partir de livre-escolha do médico pelo paciente; envolve o acordo direto entre o doente e o médico quanto a honorários, e o pagamento direto destes honorários ao médico (ausência de intermediário). Apesar de numericamente tendendo a se reduzir, e restando, no Brasil, como privilégio de pequena minoria, esta modalidade foi estudada como forma em extinção e que, provavelmente, vem modificando algumas de suas características básicas como mecanismo de sobrevivência.

Stricto sensu, definiu-se, operacionalmente, para fins da pesquisa, a modalidade previdenciária como aquela gerada por serviços próprios do Instituto Na-

* Este artigo é um resumo da monografia apresentada à Universidade Federal de Minas Gerais como parte dos requisitos à obtenção do título de Mestre em Administração.

** Socióloga e administradora pública. Professora adjunta da UFMG e doutoranda da USP. (Endereço da autora: Rua Artur Itabirano, 45 — Pampulha — 30.000 — Belo Horizonte, MG).

cional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), excluindo-se os serviços conveniados de qualquer natureza.

Definiu-se, ainda, medicina empresarial ou de grupo como aqueles serviços de saúde organizados de forma empresarial, englobando o sistema de pré-pagamento pelo beneficiário e as diversas modalidades de convênio com as empresas industriais.

Não se teve a pretensão de esgotar o objeto de estudo, mas principalmente fornecer a opinião dos pacientes sobre alguns aspectos da organização da prática médica em Belo Horizonte.

Como a análise pretendida não era quantitativa, não houve grande preocupação em se definir uma amostra estatisticamente significativa. O número de unidades de cada modalidade a integrar a amostra foi limitado a três, a partir da identificação dos Postos de Primeiro Atendimento Médico (PAM) de adultos, próprios do Inamps, em Belo Horizonte, na época da pesquisa. Entrevistou-se aleatoriamente os pacientes que compareceram a cada uma das unidades amostrais, em horários variados, no intervalo de uma semana.

Em virtude do fluxo de demanda ser diferencial, tanto em intensidade quanto em termos de horários, sendo mais intenso e contínuo na medicina previdenciária, seguindo-se a medicina empresarial, e bem menor e descontínuo na medicina liberal, ocorreu variação no número de pacientes entrevistados em cada modalidade. Assim, a amostra ficou constituída de 252 pacientes, entrevistados no segundo semestre de 1980, sendo 147 da medicina previdenciária, 86 da medicina empresarial e 19 da medicina liberal.

Considerando a premissa de planejamento de serviços de saúde, segundo a qual a maioria da demanda de cuidados médicos pode ser satisfeita adequadamente em ambulatório (embora consciente das distorções dessa premissa a nível da prática), definiu-se como objeto de observação empírica as primeiras consultas ambulatoriais de nível primário. No caso dos PAM, o estudo, portanto, limitou-se aos Serviços de Pronto Atendimento (SPA).

2. *Apresentação*

Nosso interesse pela organização da prática médica no Brasil surgiu durante a vivência de seis anos de trabalho de planejamento em instituições públicas de saúde. Nelas, ocupando cargos que nos colocaram bem mais perto dos dirigentes que dos dirigidos, algumas contradições fundamentais do sistema foram-se revelando: o aumento crescente dos gastos com saúde e sua relação com a "medicalização" da sociedade e com a privatização da medicina; a interferência do Estado para reduzir desigualdades no mercado de prestação de serviços de assistência médica e a cristalização de hierarquia da clientela, conforme possibilidades de consumo, reforçada pela própria ação do Estado; as novas modalidades da prática médica constituindo, de um lado, oportunidade de ampliação de cobertura e, de outro, sustentação da medicina privada; o relacionamento da organização da prática médica com o modo de distribuição de poder da sociedade; os novos valores decorrentes da situação de assalariamento do profissional médico frente à ideologia liberal.

Entretanto, despertou-nos a atenção, principalmente, a distância entre o discurso lógico, racional e técnico da burocracia institucional e as necessidades dos pacientes, objeto virtual último do discurso.

Esta constatação não significa um preconceito ou uma denúncia da má-fé no discurso e nas práticas assistenciais, ou, menos ainda, uma acusação ética aos profissionais médicos. Reconhece, no entanto, a existência de contradições que, embora venham sendo objeto de estudos de diversas linhas e orientações, ainda comportam análises e revisões. No presente trabalho, ao lado da tentativa de se estudar o processo de burocratização da medicina em uma perspectiva histórica, pretendeu-se ouvir o paciente, admitindo-se que a prática por ele vivenciada pode ser percebida singularmente, pois "a população visitada não é receptáculo passivo de políticas ditadas a nível ministerial".[1]

A palavra de ordem do debate da saúde no momento — participação — justifica o estudo das respostas dos pacientes. Até aqui as discussões sobre os cuidados médicos têm enfocado mais o hospital que o paciente, esquecido quase sempre nas eruditas e complexas discussões do fato institucional de saúde.[2]

Percebe-se, paralelamente, a dificuldade prática que os pacientes encontram, em especial os previdenciários, de se pronunciar sobre suas necessidades de saúde, suas aspirações e frustrações, intimidados com a "precisão" e "confiabilidade" do discurso técnico-burocrático. Além disso, o caráter ideológico da relação médico/paciente — qualificação/submissão — acionado pelas normas, discursos e ritos das instituições médicas, tornam mais difícil ao paciente expressar suas opiniões.[3]

Segundo Berlinguer, já se observa na Itália uma certa mudança no enfermo solitário, sem consciência das causas sociais de sua própria doença e sem vontade de removê-la, no sentido de se converter em sujeito ativo.[4]

Como o Estado mobiliza oficialmente, através de seus aparelhos, os discursos institucionais,

Que fale aqui o paciente!

3. *Objeto e marco teórico*

Em termos substantivos, o tema central e a abordagem adotados neste trabalho não são novos.

As modificações que a medicina, como profissão e, principalmente, como prática social, vem sofrendo, têm sido objeto de estudos de diversas tendências.

No entanto, ao lado de uma revisão histórica dessas transformações, tanto do ponto de vista estrutural — modo como a sociedade se organiza para a produção, distribuição e realocação de bens escassos — como do ponto de vista

[1] Loyola, Maria Andréa. Medicina popular. In: Guimarães, Reinaldo. *Saúde e medicina no Brasil — contribuição para um debate*. Rio de Janeiro, Graal, 1978. p. 225.

[2] Thomson, G. H. et alii. Municipal Hospital Care. *Care Inter Health*, (126): 673-8, Oct. 1970.

[3] Silva, Maria da Glória R. da. *Prática médica: dominação e submissão — uma análise institucional*. Rio de Janeiro, Zahar, 1976.

[4] Berlinguer, Giovanni. *Medicina y política. Papel social del médico — el conflito entre ciencia, conciencia e interes*. Buenos Aires, Ediciones Cuarto Mundo, 1970.

político — maneiras pelas quais os diferentes grupos da sociedade participam ou não do processo de distribuição social da riqueza —, tentou-se aqui ouvir o paciente sobre o atendimento prestado tanto na modalidade tradicional da prática médica — medicina liberal — quanto nas modalidades burocráticas — medicina previdenciária e empresarial.

Inicialmente, a expansão da demanda de saúde foi vista como decorrente do processo de criação, na sociedade capitalista, de um conjunto de direitos e deveres civis, políticos e sociais — entre os quais a saúde se colocou — que configuram a cidadania. Muitas instituições foram então organizadas para viabilizar a igualdade formal exigida pela cidadania. O Estado, do tipo preconizado por Weber — racional-legal — apresenta-se como capaz de nivelar interesses e garantir a impessoalidade formalística indispensável à efetivação de oportunidades iguais.[5] E, sob a égide do Estado, todo o sistema social tende a burocratizar-se, tornar-se racional e administrado por critérios de eficiência. A análise da organização da prática médica, sob o ponto de vista estrutural, mostrou que, de um lado, essas modificações ampliaram o campo de normatividade da medicina, incluindo variáveis de bem-estar social, e, transformando-a em bem vendável, aumentaram os investimentos no setor, correspondentes aos progressos científicos e técnicos da indústria de equipamentos e medicamentos. De outro lado, a divisão do trabalho e a especialização crescente, implícitos na necessidade de se garantir maior eficiência ao sistema, atingiram a medicina como profissão, assim como afetaram historicamente a totalidade das profissões tradicionalmente liberais, significando perda de autonomia no mercado. Do antigo médico de família, capaz de guardar em uma maleta de mão todo seu arsenal terapêutico, resta um profissional ultra-especializado, que tem, entre ele e o objeto de seu trabalho, todo um conjunto altamente custoso de recursos de diagnóstico e tratamento.

Em seguida, adotando-se o enfoque político, ficou claro que a prática médica, que se organiza socialmente, apresenta variações conforme se destine aos diferentes grupos sociais. Para esta análise, pareceu insuficiente recorrer-se apenas ao referencial da estratificação em classes, porque poderia obscurecer o entendimento de modalidades específicas da prática médica. Optou-se, então, pelo enfoque que considera as classes como bloco com fissuras, ou seja, com grupos internos nem sempre homogêneos, sendo papel fundamental da burocracia estatal o de aglutinar e organizar a pluralidade concreta dos diferentes grupos que compõem a classe dominante, zelando pela compatibilização dos interesses divergentes. A burocracia estatal sustenta a dominação através do controle dos recursos, diretamente ou garantindo esse controle aos grupos privilegiados, e é fiadora da situação de desigualdades de acesso dos demais grupos aos recursos.

A compreensão das origens e funcionamento do Estado autoritário burocrático no Brasil, indispensável à análise da prática médica no País, no momento presente, partiu do aprofundamento do modelo exposto. Mostrou a emergência de um Estado mais abrangente, mais repressivo, mais burocrático, que penetrou na sociedade civil para garantir uma nova dominação, excluindo os setores populares e mantendo novos padrões de crescimento econômico, ligados aos interesses das grandes organizações públicas e privadas, nacionais e estrangeiras.

[5] Weber, Max. *Theory of social and economic organizations*. New York, Oxford University Press, 1947.

A análise histórica da organização dos serviços de saúde no Brasil, sob o enfoque estruturalista, apresentou a evolução da interferência do Estado como responsável não só pela desarticulação da medicina liberal, como pelo desenvolvimento de modalidades empresariais da prática médica. Foram mantidas com o Estado as atividades menos rentáveis e o financiamento do consumo, garantindo o mercado para a medicina empresarial.

Introduzindo-se a perspectiva política na análise histórica, procurou-se responder à questão fundamental sobre quem é beneficiado ou prejudicado nas diferentes modalidades da prática médica. Constatou-se que a saúde, embora aceita como valor universal (de todos os cidadãos), teve sua prática organizada em função de interesses específicos de grupos da sociedade civil (particularismo). O Estado, frente à dificuldade de viabilizar a ampliação de cobertura, sem gerar alterações estruturais, institucionalizou a desigualdade na distribuição dos serviços médicos, vistos como benefício outorgado, ao invés de como direito, para compensar desequilíbrios sociais, através da hierarquização das categorias sociais conforme possibilidades de consumo. As reformas no sistema previdenciário, ao invés de promoverem a eqüidade nos serviços médicos e alterarem seu caráter compensatório, reforçaram a hierarquização de consumo, através de "patamares de cidadania", definindo desde o cliente particular (minoria privilegiada), passando pelos "conveniados" (beneficiários da medicina empresarial) e pelo "jacaré" (termo pejorativo empregado em relação aos pacientes previdenciários usuários dos serviços próprios do Inamps), até o indigente (aquele que ainda não tem cobertura previdenciária e que seria atendido pela rede de serviços dos governos federais — Fundação Serviços de Saúde Pública (Fsesp) —, estaduais e municipais). Além de ter sua origem, em parte, na fragilidade política dos trabalhadores, impossibilitados de formular e impor, como classe, uma política nacional de saúde que atendesse a seus objetivos comuns, esta estrutura hierarquizada de consumo vai reforçar a divisão de interesses no interior dos grupos dominados. As recentes manifestações sociais de reivindicação criam expectativas otimistas quanto à capacidade de arregimentação da sociedade civil.

Complementando-se a visão histórica, utilizou-se a análise do discurso como instrumento esclarecedor das diferentes situações de poder das modalidades assistenciais estudadas. A partir de três categorias discursivas escolhidas — extensão de cobertura, livre escolha e racionalização dos serviços de saúde — concluiu-se que a lógica do discurso institucional, decorrente do papel do Estado de fiador das desigualdades sociais, produz respostas diferentes conforme a modalidade da prática médica. Assim, a categoria "extensão de cobertura", cujo objetivo mais geral é o da universalização do direito à proteção e à recuperação da saúde mediante a oferta e garantia de acesso espacial e social de serviços à população, tem tido o efeito político e social de beneficiar, em última instância, os interesses sociais dominantes. Tem representado oportunidade de expansão do mercado e redução das incertezas da demanda para a medicina empresarial e até liberal, sem alterar a concentração espacial e principalmente social da oferta. As condições de seu desenvolvimento estão ligadas ao "cálculo do dissenso" ou à taxa de injustiça socialmente tolerada frente ao montante de concessões feitas aos setores dominantes. Portanto, mesmo quando a cobertura médica se estendeu, quer como resposta à necessidade de reprodução da força de trabalho frente ao processo de produção econômica, quer em virtude de momentos particulares de desenvolvimento a nível político, verificou-se a seleção de grupos sociais a serem incorporados à atenção médica, conforme seus significados para o processo econômico

e político, e a diferenciação das modalidades sociais da medicina, voltadas para diferentes tipos de ações, conforme as diferentes clientelas, de caráter "liberal", "conveniado" ou "estatal".

Descentralizar, para a medicina previdenciária, implicaria a expansão da rede ambulatorial das grandes cidades em direção à periferia. Nossa pesquisa mostrou que a maioria dos convênios continua sendo com clínicas localizadas nas regiões centrais. Na medicina privada, a desconcentração tem acarretado a transferência dos consultórios para zonas mais "nobres" que os centros, ganhando em conforto e sofisticação. A medicina empresarial luta com a contradição de ter de atender a grupos de clientes diferentes em termos de renda e de exigências de atendimento: aqueles do sistema de pré-pagamento, em geral oriundos da classe média, e os trabalhadores beneficiários dos convênios empresariais, para os quais a proximidade do atendimento é fator fundamental da extensão da cobertura.

Já a categoria de "livre escolha", instrumento ideológico básico da medicina liberal tem, na medicina empresarial, sua amplitude restringida pelo conceito adjetivado de "escolha limitada" (que se faz apenas dentro de lista de profissionais credenciados) e muito pouco significa para a medicina previdenciária. Os defensores da medicina previdenciária alegam que os doentes nem sempre têm condições de avaliar a competência particular do médico e a distribuição geográfica, as especializações e as situações de emergência são variáveis concretas mais significativas na escolha que a liberdade de optar. Utilizando-se a análise das relações econômicas envolvidas no ato terapêutico, a categoria discursiva mostrou perda ainda maior de significado prático, na medida em que o tipo de relação médico/paciente aparece como função muito mais do pagamento efetuado que da escolha propriamente dita. Ou, em outras palavras, mesmo nas situações de credenciamento universal, tendo o previdenciário a oportunidade de escolher o médico de sua confiança, o tipo de relação seria diferente daquele do cliente particular, caso o preço da consulta, reembolsado pelo sistema previdenciário, fosse menor do que aquele pago pelo cliente particular.

A análise da categoria discursiva de "racionalização dos serviços de saúde" mostrou que, tendo surgido como imperativo técnico para maior eficácia organizacional, a racionalização tornou-se instrumento ideológico do capitalismo monopolista, cujos custosos equipamentos impõem amplas unidades de produção e condicionam a organização de estruturas burocráticas altamente hierarquizadas para garantia de controle. No entanto, a burocratização é vista, pelo grupo médico, como limitação de independência, e seus controles denunciados como incompatíveis com aspectos considerados intrínsecos à profissão médica, como o segredo, a liberdade de prescrição e a própria qualidade da atenção, no caso em que o número pré-fixado de consultas para uma jornada de trabalho restringe o tempo destinado a cada atendimento. Sua prática, ao invés de inovadora, vem reforçando a manutenção das relações sociais, na medida em que "racionalizar" implica ações diferentes em cada uma das modalidades sociais da medicina. Reduzir custos, por exemplo, significa, na medicina previdenciária, tentativa de conciliar recursos limitados e necessidades de investimentos para extensão de cobertura; na medicina empresarial, incremento de lucros financeiros; na cooperativa médica, compatibilização de objetivos contraditórios de aumento de produção e diminuição de despesas.

4. *A resposta dos pacientes*

A avaliação da prática médica nas diferentes modalidades assistenciais, a nível estrutural, pode ser melhor entendida recorrendo-se à definição ampliada do poder de Blau, em sua teoria de intercâmbio. Reconhece ela que a maneira mais comum de firmar poder, embora não a única, é prover bens necessários. A exigência fundamental para a manutenção do poder é assegurar a dependência contínua pelos serviços que se supre, barrando o acesso a outras alternativas de satisfação daquelas necessidades. Os recursos escassos são disputados pelas classes e grupos sociais, através de suas instituições correspondentes, na arena política.[6]

O conceito de eficiência organizacional torna-se função essencial da posição de barganha da organização em relação aos recursos escassos e valiosos que ela utiliza ou necessita.[7] A habilidade em explorar o ambiente organizacional é o maior indicador de eficiência. Este referencial é valioso na análise do desenvolvimento das modalidades da prática médica no Brasil.

A medicina privada pura, em decorrência do próprio processo de burocratização da medicina, vem perdendo, em termos relativos, o lugar privilegiado que historicamente assumiu. Este foi sendo assumido, quantitativamente, pela medicina previdenciária e, mais recentemente, pela medicina empresarial.[8]

A medicina privada continua, no entanto, aparecendo como aquela que ocupa a posição de honra em termos de qualidade da atenção prestada. Esta, inclusive, justifica e legitima o preço de seus serviços, envolvendo maior presteza no atendimento, maior interesse pelo paciente e mais eficiência na resolução dos problemas.[9]

A medicina previdenciária, por outro lado, é freqüentemente apresentada pelos órgãos de comunicação e pelos defensores da medicina liberal como de má qualidade, sujeita a longas esperas, sem possibilitar um bom relacionamento médico-paciente, e ineficiente em termos de resolução de problemas.

Portanto, conforme esclarece Stinchcombe, a distribuição diferenciada de poder na sociedade determina a posição e o papel da organização no estrato organizacional respectivo.[10] O papel atribuído ao participante no interior das organizações também reproduz esta posição.[11]

Assim, definidos social e institucionalmente o papel e a posição da medicina liberal, previdenciária e empresarial ao nível organizacional da prática médica, suas clientelas específicas têm seus limites restringidos por aquele espaço social.

[6] Blau, Peter M. *Exchange and power in social life*. London, John Wiley, 1964.

[7] Yuchtman, Ephraim & Seashore, Stanley E. A. system resource approach to organization effectiveness. *American Sociological Review*, New York, Official Journal of the American Sociological Society, 32 (5): 891-903, Dec. 1967.

[8] Gentille de Mello, Carlos. *Saúde e assistência médica no Brasil*. São Paulo, Cebes, Hucitec, 1977.

[9] Kassab, Pedro. Editorial. *Revista da Associação Médica Brasileira*. Rio de Janeiro, AMB, 23, (4), abr. 1977.

[10] Stinchcombe, Arthur L. Social structure & organizations. In: March, James G. *The handbook of organizations*. Chicago, Rand Mchally, 1965.

[11] Em artigo intitulado As instituições e o poder (*Tempo Brasileiro*, Rio de Janeiro, Ed. Tempo Brasileiro, (35): 3-33, out./dez. 1973), Carlos Enrique Escobar afirma que as instituições têm seus lugares marcados não a partir delas, mas do papel a elas atribuído numa dada estrutura social. Um médico, um policial, um pai, um professor, um mestre-de-obras, não conseguem "apagar" seus lugares com um ato voluntário.

De outra perspectiva, utilizando-se um nível de análise interpessoal, pode-se concluir que o cliente particular dispõe de poder contratual a opor ao poder técnico do médico, mantendo, ao nível dos respectivos papéis, a relação em um plano de reciprocidade.[12]

Ocorreria uma alteração no poder do médico, na medida em que se tornasse depositário de outro poder, o poder econômico. O valor social deste poder correspondendo a um valor monetário que é pago pelo cliente particular afetaria o grau de submissão do cliente ao poder médico. Em contrapartida, na relação de tipo previdenciário ocorreria um aumento do poder arbitrário do médico frente a um "beneficiário", cuja própria condição de usuário do serviço de saúde aparece como decorrente de beneplácito institucional.

A atitude do médico em relação ao doente também variaria, segundo se tratasse de um cliente particular ou previdenciário, incluindo a duração da visita e, portanto, a precisão do diagnóstico e a validade de indicação terapêutica, além de o encontro entre o particular e o médico (mediado pelo pagamento) ser, se não entre iguais, pelo menos entre integrantes de uma mesma elite.[13]

A resposta dos pacientes pode esclarecer algumas dessas afirmações. Em termos de perfil demográfico, os pacientes entrevistados, agrupados pelas categorias de cobertura, não apresentaram diferenças significativas. A distribuição por sexo foi eqüitativa nas três categorias pesquisadas e, em relação à idade, houve uma concentração maior de entrevistados na faixa etária ativa, entre 21 e 60 anos, destacando-se a faixa de 21 a 40 para a categoria de previdenciários e de empresas médicas.

Quanto às profissões, utilizando-se os grupamentos da escala de Hutchinson,[14] observa-se a maior incidência do grupo I (habilidades manuais, semi-especializadas, inspeção e supervisão de nível inferior), sendo que na categoria particular o grupamento 2 (inspeção e supervisão de nível superior) aparece também com certa freqüência (31,5%), sendo inexpressivo nas demais.

Uma explicação para a prevalência da faixa etária mais ativa e das profissões menos especializadas na medicina previdenciária e empresarial estaria na procura do médico para fornecer o atestado de ausência ao serviço, indispensável para evitar o desconto do dia de falta ao trabalho. Pela Portaria nº MPAS 1.722, de 25 de julho de 1979, os médicos ou dentistas do Inamps, de empresas, instituições públicas e paraestatais que mantenham contrato e/ou convênios com a Previdência Social poderão também fornecer o atestado para o abono de faltas. A justificativa da portaria fundou-se na desburocratização do processo e na tentativa de descongestionar o atendimento nos postos do Inamps.

As normas relativas à nova filosofia do Serviço de Primeiro Atendimento (SPA), reformuladas pela Orientação de Serviço nº SAM-399.53, de 4 de fevereiro de 1975, refletem claramente a preocupação em minimizar a competência para atestar simplesmente o comparecimento do paciente ao posto ou sua incapacidade para o trabalho, valorizando o objetivo de tentar resolver o caso apresentado. No entanto, na prática, o SPA, de acordo com informações dos próprios

[12] Basaglia, Franco. A instituição da violência. In: *La Institución negada.* Trad. de Jaime Pomar. Barcelona, Bairral, 1972. p. 129-69.
[13] Berlinguer, Giovanni. op. cit.
[14] Hutchinson, B. *Mobilidade e trabalho: um estudo da cidade de São Paulo.* Rio de Janeiro, Centro de Estudos e Pesquisas, 1960.

administradores e também dos pacientes, funciona praticamente como triagem, dificultando o acesso às consultas especializadas, e como fornecedor de atestados.

A avaliação quantitativa dos dados de atendimento (tabela 1) apresenta uma realidade diferente. Em termos objetivos formais, a eficiência dos SPA tem sido louvável. A maioria dos casos foi resolvida. Embora o PAM Sagrada Família tenha encaminhado a tratamento especializado (ETE) e fornecido guia de internação (GIH) a um número bem superior de pacientes que nos demais PAM, ainda assim o número de casos resolvidos foi apreciável. No entanto, as estatísticas não revelam, as observações e conversas deixaram entrever, um número grande de casos computados como resolvidos inclui a concessão pura e simples do atestado. Esta constatação, ao contrário do que à primeira vista pode parecer, não significa a ineficiência do serviço. Sua avaliação se torna mais fecunda utilizando-se o conceito de eficiência anteriormente proposto.

O papel não declarado dos SPAs na medicina previdenciária é singular. De um lado, devem funcionar como triagem aos serviços especializados ambulatoriais do próprio Inamps, reduzindo suas demandas, responsáveis pelas enormes filas, apresentadas à opinião pública como atestado de ineficiência do sistema. De outro, acabam canalizando parte desta demanda para um atendimento *a posteriori*, em serviços mais sofisticados, muitas vezes com os pacientes em quadro clínico agravado, premiando a medicina privada, conveniada e até liberal.

O atendimento prestado (caso resolvido?) é quase sempre no sentido de considerar o indivíduo apto ou não para o trabalho. Os cuidados prescritos são para torná-lo capaz de trabalhar.

O SPA, portanto, tem um papel quase simbólico e cerimonial em termos de resolução de problemas médicos, mas fundamental e estratégico em termos da posição e do *status* da medicina previdenciária no ambiente organizacional dos serviços de saúde.

Seu espaço é político, refletindo, de um lado, as demandas dos trabalhadores por melhores condições de vida, apresentadas sob a forma de queixas de doenças, às vezes até inventadas, como meio de luta contra as relações de trabalho; de outro, expressando as ações de controle institucional.

Para a medicina empresarial, o problema de atestado adquire ainda maior significado. Diretamente financiada pelo aparelho produtor, dele depende para sua sobrevivência. Entre os argumentos de sua propaganda, o maior controle do absenteísmo (reprodução ampliada da força de trabalho) aparece com destaque.[15] Portanto, o seu conceito de eficiência não está ligado ao número de atendimentos e menos ainda aos problemas médicos resolvidos (não seria este o objetivo formal de um serviço de saúde?), menos incidência de tais ou quais doenças, mas principalmente o menor número de licenças ou abonos concedidos. O objetivo, desta vez, é essencialmente recuperar o indivíduo para o trabalho.

[15] Segundo palavras do Dr. Hugo Vitorino Alguéres, então Secretário dos Serviços Médicos do Ministério da Previdência e Assistência Social, na abertura do 1.º Congresso Brasileiro de Medicina de Grupo (São Paulo, 1978), entre os argumentos que a medicina empresarial pode utilizar para defender seu papel social estão: maior produtividade da força de trabalho; melhores níveis de saúde aos economicamente ativos; maior renda da remuneração do trabalho pelo salário indireto correspondente ao custeio assistencial; menor absenteísmo da força de trabalho; menores flutuações dos índices de produção.

Tabela 1

Atividades dos serviços de primeiro atendimento (SPA) nos postos de assistência médica do Inamps, em Belo Horizonte, em 1980*

Postos	Atendimentos																			
	Casos atendidos			Casos resolvidos				Casos encaminhados												
						Total		Às clínicas especializadas				GIH				ETE				
										Total				Total				Total		
	Segurado	Dependente	Total	Segurado	Dependente	Absoluto	(%)	Segurado	Dependente	Absoluto	(%)	Segurado	Dependente	Absoluto	(%)	Segurado	Dependente	Absoluto	(%)
PAM/Sagrada Família	—	—	6.484	1.924	750	2.674	41,20	510	250	760	11,70	—	—	1.500	23,10	—	—	1.550	23,90
PAM/Padre Eustáquio**	1.553	4.477	6.030	1.226	4.150	5.376	89,15	309	274	583	9,67	11	51	62	1,03	7	2	9	0,15
PAM/Campos Sales	3.744	1.297	5.041	2.964	987	3.951	78,38	757	307	1.064	21,10	17	3	20	0,40	6	—	6	0,12

Fonte: SAMEs dos PAM pesquisados. Os dados foram fornecidos pelos SAMEs e organizados e trabalhados na pesquisa para compor a tabela.

* Média mensal do segundo semestre de 1980, fornecida pelas chefias administrativas dos respectivos PAM com base em seus boletins estatísticos.

** Inclui atendimento de petriatria, que funciona em regime de SPA.

Obs.: O PAM Sagrada Família não dispunha de dados de casos atendidos e casos encaminhados desagregados por segurado e dependentes. Não houve encaminhamento e tratamento especializado (ETE) de dependentes no PAM Campos Sales (ver coluna de total e a de dependentes).

Outro ponto que merece análise é o papel da variável tempo, percebida por Perrow como bastante significativa na dinâmica organizacional.[16] O controle do comportamento organizacional muito deve a esta variável em termos de jornadas, produtividade e até *status* dos grupos que a usam com maior ou menor flexibilidade.

Nas categorias da prática médica aqui estudadas, a variável tempo é considerada estratégica. Um dos principais argumentos utilizados pelo grupo profissional médico e, a partir daí, internalizado pelos pacientes, nas lutas reivindicatórias junto à Previdência Social, refere-se à pouca disponibilidade de tempo para o atendimento do número formalmente predeterminado de pacientes. Para a jornada de trabalho médico de quatro horas, o Inamps distribui 20 fichas de primeiro atendimento (SPA) e 14 de consulta especializada ou 16 para a jornada de seis horas. Isto acarreta a média de 12 minutos por primeira consulta e 17 minutos para consulta especializada (22 minutos, no caso daqueles que fazem jornada de seis horas), considerada, pelos médicos, como insuficiente para um atendimento adequado e transformado em principal bandeira de luta contra as condições de assalariamento, especialmente público, já que o Inamps é o grande alvo das críticas. O argumento-chave dos dias nacionais de paralisação, realizados no primeiro semestre de 1981, centrou-se nessa reivindicação e nas críticas ao sistema médico-previdenciário. No entanto, ao se levantar dados de duração de consulta nas três modalidades estudadas (tabela 2 e gráfico 1) observou-se que não há grandes diferenças em termos de tempo destinado a consultas na medicina previdenciária e empresarial, embora nessa última o maior número de consultas tenha durado entre seis a 10 minutos e na medicina previdenciária a duração modal tenha sido de cinco minutos.

Os dados revelaram, pois, que, na medicina previdenciária, os 12 minutos teoricamente disponíveis para uma consulta, e que são considerados insuficientes, de acordo com os indicadores teóricos e com as reivindicações do grupo médico, nem sempre estavam sendo utilizados. Já na medicina liberal, a maioria das consultas excedeu os 20 minutos de duração, apesar de não ter passado muito dos 30 minutos. Note-se que na medicina empresarial, para uma jornada de três horas de trabalho, o médico recebe 12 fichas, tendo, portanto, 15 minutos disponíveis para cada consulta. Aliás, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), este seria o tempo padrão (indicador teórico) considerado adequado às consultas da medicina de massa.

Parece que os problemas relativos a tempo e finalidade da atenção médica são mais profundos do que à primeira vista aparentam.

Ainda em relação à variável tempo, a espera para o atendimento foi sempre menor que 30 minutos na medicina liberal, estando em torno de meia hora na empresarial e de uma hora e uma hora e meia na medicina previdenciária, onde ocorreu espera de até seis horas. Ressalte-se que a pesquisa se referiu apenas às consultas de caráter generalista, sabendo-se que, no caso das consultas especializadas, a espera na medicina previdenciária atravessa as noites. Também aqui, a ressalva de outras variáveis envolvidas na espera, como condições em que a mesma se dá, razões, contextos, chama a atenção para o perigo de conclusões apres-

[16] Perrow, Charles B. *Análise organizacional — um enfoque sociológico*. São Paulo, Atlas, 1976.

Tabela 2

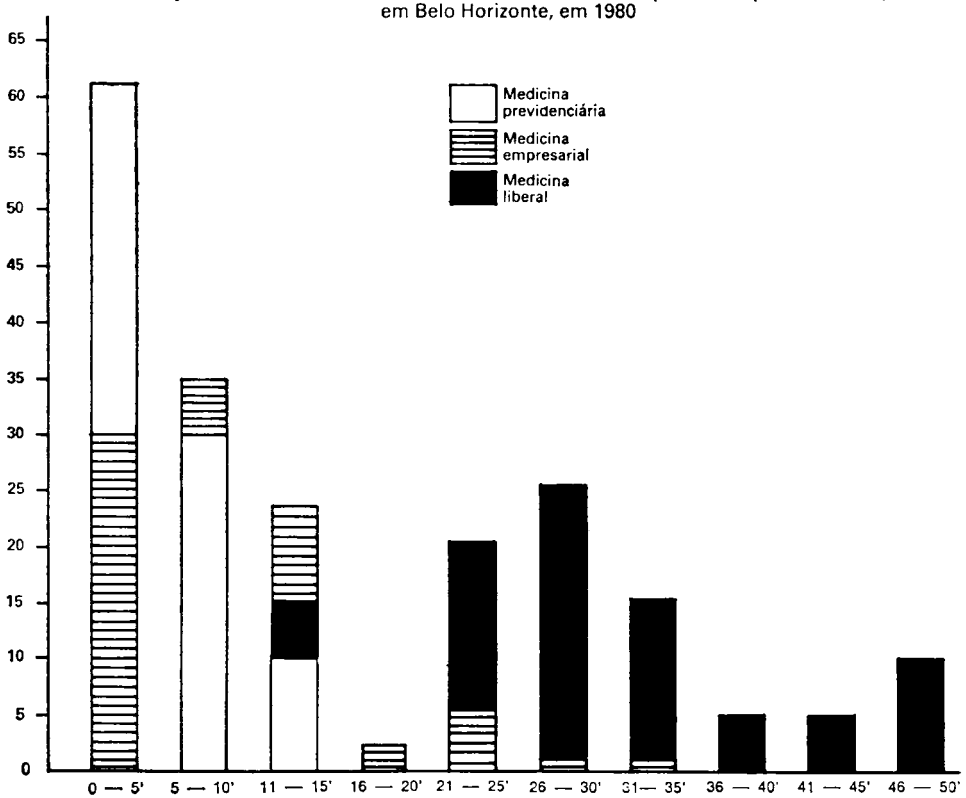
Duração da consulta de pacientes da medicina liberal, empresarial e previdenciária, em Belo Horizonte, em 1980

Modalidades	Duração da consulta																						Total
	0 — 5'		6 — 10'		11 — 15'		16 — 20'		21 — 25'		26 — 30'		31 — 35'		36 — 40'		41 — 45'		46 — 50'		51 — 55'		56 — 60'		
	fi	(%	fi	(%)	fi	(%	fi	(%)	fi	(%	fi	(%)	fi	(%	fi	(%)	fi	(%	fi	(%)	fi	(%	fi	(%)	
Medicina liberal	—	—	—	—	3	15,8	—	—	4	21,1	5	26,4	3	15,8	1	5,2	1	5,2	—	—	—	—	2	10,5	19
Medicina empresarial	25	29,0	31	36,0	20	23,3	3	3,5	5	5,8	1	1,2	1	1,2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	86
Medicina previdenciária	92	62,6	41	27,9	13	8,9	1	0,6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	147
Total	117		72		36		4		9		6		4		1		1		—		—		2		252

Fonte: As tabelas 2, 3, 4, 5 e 6 foram geradas a partir dos dados levantados na pesquisa direta realizada pela autora para esse trabalho (entrevistas com os pacientes e com chefias).

Gráfico 1

Duração da consulta de pacientes da medicina liberal, empresarial e previdenciária, em Belo Horizonte, em 1980



sadas e a necessidade de estudos mais aprofundados que desvendem as contradições.

Entre as razões alegadas pelos pacientes previdenciários para a procura daquele serviço e não de outro, a proximidade foi a mais citada. Considerando-se a relativa concentração dos serviços do Inamps na área central de Belo Horizonte, é de se supor que parcela significativa das necessidades de saúde da população trabalhadora (coberta pela previdência social) não está sendo satisfeita.

Indagados sobre aspectos da escolha médica, ficou claro que a atenção dispensada pelo profissional ao paciente é variável, mais significativa que a competência profissional, provavelmente mais difícil de ser percebida, pelo menos pelos previdenciários (tabelas 3 e 4).

Estes dados vêm confirmar a constatação de Boltanski, em suas pesquisas, mostrando que os critérios utilizados pelos membros das classes populares para estabelecer suas preferências sobre tal ou qual médico são geralmente emocionais (interesse comunicativo), enquanto os membros das classes superiores o fazem com base em titulação e reputação.[17] A escolha do médico de sua preferência difere, portanto, conforme a classe social do doente, sendo mais deliberada e utilizando critérios legitimados pelo próprio grupo médico nas classes superiores, enquanto nas classes populares a distância geográfica aparece como dos critérios mais importantes.

A avaliação da competência, na ausência de critérios específicos, é feita mediante conceitos difusos, usados cotidianamente na apreciação de outrem: a "amabilidade", a "boa-vontade", a "complacência". Por isto, mais freqüentemente que os membros das classes superiores, os de classes populares citam o "devotamento" e o "tempo consagrado ao doente" como indicadores de eficiência. Inversamente, são os que menos importância atribuem às qualidades específicas de profissional, principalmente à exatidão do diagnóstico. "São particularmente sensíveis aos 'modos' do médico, porque têm aguda consciência da distância social que os separa do médico e porque pressentem que a relação médico-paciente é uma relação de classe e que o médico adota comportamentos diferentes conforme a classe social do doente."[18]

Na verdade, considerando-se os recursos físicos instalados (consultórios) e o número de turnos em funcionamento nos SPA (3), ter-se-ia, com base na capacidade médica e no número de fichas que cada um atenderia por turno (20), uma produtividade virtual/dia de 420 atendimentos de SPA no posto da Sagrada Família; 530 no Padre Eustáquio e 600 no Campos Sales. Tomando-se por base a média de 22 dias úteis, a produtividade virtual/mês seria de 9.240, 11.880 e 13.200, respectivamente, para o PAM Sagrada Família, Padre Eustáquio e Campos Sales. No entanto, a produção no período analisado foi, na mesma seqüência, de 4.300, 6.030 e 5.472, o que determinou uma taxa de ociosidade superior a 50%, no conjunto.

Uma das razões estaria nas vagas existentes no quadro de médicos, explicadas pela administração dos postos como decorrentes da lentidão na contratação, feita

[17] Boltanski, Luc. *As Classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro, Graal, 1979.
[18] Id. ibid. p. 37.

Tabela 3

Importância da escolha médica para os pacientes previdenciários, em Belo Horizonte, em 1980

Postos	Variáveis												Total
		Não				Sim							
	Não têm preferência	Não adianta escolher, os médicos são todos iguais	Não sabe qual é o melhor	Outros	Subtotal	Para escolher um médicos, que é atencioso	Para ser atendido pelo mesmo médico	Para escolher o de confiança (amigo)	Para escolher um que dá atestado	Outros	Não sabe	Subtotal	
Sagrada Família	5	1	6	1	8	15	2	17	0	0	0	34	47
Padre Eustáquio	1	4	2	1	7	16	9	15	1	1	2	44	52
Campos Sales	2	1	2	0	3	18	11	11	0	2	1	43	48
Total	8	6	10	2	18	49	22	43	1	3	3	121	147

Fonte: Ver tabela 2.

Tabela 4

Percepção de pacientes previdenciários sobre escolha médica, em Belo Horizonte, em 1980

(Se tivesse que voltar escolheria outro médico? Por quê?)

Postos	Variáveis												Total
	Não têm preferência	Não					Sim						
		Foi atencioso	É um bom médico (competente)	Está acostumado com ele fazendo tratamento	Outros	Subtotal	Não foi atencioso	Foi muito rápido	Não foi bom — não resolveu	Não receitou remédio	Outros	Subtotal	
Sagrada Família	10	20	9	3	2	34	0	1	2	0	0	3	47
Padre Eustáquio	9	13	6	9	1	29	9	1	2	1	1	14	52
Campos Sales	5	25	10	4	0	39	1	0	0	0	3	4	48
Total	24	58	25	16	3	102	10	2	4	1	4	21	147

Fonte: Ver tabela 2.

a nível central, e do desinteresse do grupo profissional em trabalhar para o Inamps, em virtude da má remuneração e, em alguns casos, do rigor exigido no cumprimento de horários e tarefas. Informou-se, inclusive, que os médicos, logo após serem contratados para o trabalho em postos de atendimento, iniciam gestões visando serem transferidos para atividades burocráticas nos órgãos da administração central, já sobrecarregada.

Apesar de se reconhecer as más condições de trabalho também nas situações de assalariamento dos médicos, pode-se questionar a alegação do desinteresse desse grupo profissional por emprego no Inamps, se outra razão não houver, pelo menos considerando-se a realidade do mercado de trabalho que já apresenta número significativo de profissionais desempregados ou exercendo outras atividades não-médicas.[19] Parece, inclusive, que as condições de trabalho aí não são piores que as de outras modalidades da prática médica. Apenas o espaço institucional público aparece mais permeável ao desenvolvimento de lutas em seu interior do que, por exemplo, o das empresas privadas, onde a demissão, eficaz mecanismo de controle, é realizada com maior imediatismo.

Os dados levantados parecem também confirmar o controle mais rigoroso, em função de custos, com os exames subsidiários na medicina previdenciária e empresarial. Dos pacientes previdenciários atendidos, 63,94% não receberam pedidos de exames e na medicina empresarial este total chegou a 69,78%. Já entre os particulares, apenas 36,84% não tiveram de fazer exames. Possivelmente, a percepção de maior segurança diagnóstica e, portanto, de eficiência, ligada a uso de exames complementares, é responsável por sua maior demanda entre os clientes particulares.

Em todas as modalidades, os exames de rotina prevaleceram, o que parece explicável por se tratar de consulta não especializada.

Enquanto 70% dos pacientes previdenciários receberam prescrição de medicamentos, só a metade dos pacientes particulares e de empresa médica o receberam. Provavelmente, a espera do resultado dos exames solicitados influencia o dado, pelo menos na medicina liberal.

A maioria dos pacientes das três modalidades assistenciais declarou-se satisfeita com os atendimentos e, das queixas formuladas (tabela 5), mais uma vez entre os previdenciários a pouca atenção foi a mais citada (52%), coerente com os dados de razão da escolha, já analisados, enquanto na medicina empresarial a espera para o atendimento foi a de maior incidência. Somente um paciente particular queixou-se do atendimento.

Já nas sugestões apresentadas (tabela 6), a maior presteza para o atendimento concentra a preferência dos dois grupos de pacientes, englobando as sugestões a respeito de horários, maior número de médicos, extensão dos horários de funcionamento, plantões etc. A simples apuração de dados de produtividade dos recursos dos postos do Inamps estudados (quadro 1), observados seus próprios critérios de funcionamento, permite verificar uma subutilização que, caso superada, atenderia parte das sugestões.

[19] As escolas médicas estão lançando anualmente no mercado de trabalho, já em crise, 19 mil novos médicos.

BIBLIOTECA MARIO HENRIQUE SIMONSEN
FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS

Tabela 5

Queixas de pacientes sobre o atendimento da medicina empresarial e previdenciária, em Belo Horizonte, em 1980

Unidades	Variáveis							Total
	Não têm queixa	Sim						
		Muito rápida	Demora para ser atendido	Muita burocracia	Falta de atenção/ interesse médico	Outros	Subtotal	
Medicina empresarial	77	—	5	2	2	—	9	86
Medicina previdenciária	122	1	4	2	14	4	25	147
Total	199	1	9	4	16	4	34	233

Fonte: ver tabela 2.

Tabela 6

Sugestões apresentadas por pacientes da medicina empresarial e previdenciária para melhorar o atendimento, em Belo Horizonte, em 1980

Unidades	Variáveis										Total
	Não têm sugestões	Sugestões									
		Maior atenção do médico	Redução das esperas	Maior número de médicos	Médicos mais pontuais	Reduzir burocracia	Postos mais perto	Mais remédios	Outros	Subtotal*	
Medicina empresarial	64	3	5	3	4	2	2	—	5	24	88
Medicina previdenciária	62	9	51	17	4	4	6	4	7	102	164
Total	126	12	56	20	8	6	8	4	12	126	252

Fonte: ver tabela 2.

* Foram computadas as sugestões dadas por uma mesma pessoa.

Quadro 1

Capacidade e utilização de recursos nos serviços de primeiro atendimento (SPA) dos postos de assistência médica (PAM) do Inamps, em Belo Horizonte, em 1980

Postos	Variáveis											
	Capacidade institucional					Produção Atual*	Taxa de produtividade	Número de médicos	Produtividade virtual/dia	Produtividade virtual/mês	Taxa de produtividade	Coeficiente de produtividade/dia médica
	Número de consultórios (*A*)	Número de turnos (*B*)	Capacidade médica (*A* x *B*)	Produtividade virtual/dia (*C*)	Produtividade virtual/mês (*D*)	(*E*)	*F*)	(*G*)	(*H*)	(*I*)	(*J*)	(*K*)
PAM/Sagrada Família	7	3	21	420	9.240	4.300	—53,46	9	180	3.960	+8,58	21,71
PAM/Padre** Eustáquio	9	3	27	540	11.880	6.030	—49,24	4 / 17 >21	420	9.240	—34,74	13,05
PAM/Campos Sales	10	3	30	600	13.200	5.472	—58,55	15	300	6.600	—17,10	16,58
Total	26	3*	78	1.560	34.320	15.802	—53,96	45	900	19.800	—20,20	15,96

* Média mensal, com base em dados dos boletins estatísticos dos SAMEs dos PAM (segundo semestre de 1980). Os dados foram trabalhados pela autora.

** A pediatria é incluída no sistema de SPA.

Obs.: *(C) — (D)* Calculada com base no n.º de fichas que são distribuídas para cada médico de SPA = 20 por jornada de trabalho.

(F) — (G) Para o cálculo mensal utilizou-se a média de 22 dias úteis.

$(F) = \{100 - [(E) \div (D)].100\}$ $(J) = \{100 - [E) \div (I)].100\}$

Calcula-se a coluna (*K*) dividindo-se a produção atual, coluna (*E*), pelo n.º de médicos existentes no Posto, coluna (*G*), e em seguida pelo número médio de dias úteis (22), achando-se o coeficiente de produtividade/dia por médico e por posto (que pode estar acima ou abaixo do indicador de 20 fichas por jornada de trabalho).

Ainda com base no quadro 1, para o cálculo foram considerados inicialmente os recursos físicos instalados (consultórios), o número de turnos em funcionamento em cada SPA e o número fixado institucionalmente de atendimentos por médico em cada jornada de trabalho (20). Isto permitiu obter-se a produtividade virtual/dia (capacidade teórica de atendimento, caso todos os consultórios estivessem ocupados em todos os turnos) = 420 no SPA da Sagrada Família, 540 no Padre Eustáquio e 600 no Campos Sales. Tomando-se por base a média de 22 dias úteis, a produtividade virtual/mês seria 9.240, 11.880 e 13.200, respectivamente para os PAM Sagrada Família, Padre Eustáquio e Campos Sales. No entanto, a produção no período analisado foi, na mesma seqüência, de 4.300, 6.030 e 5.472, o que determinou uma taxa de ociosidade superior a 50% no conjunto.

Forçosamente, as conseqüências desta taxa de ociosidade terão sido maiores esperas, crescimento das filas e mesmo retorno de pacientes às suas casas sem terem sido atendidos.

A análise da produtividade dos recursos humanos justifica-se tendo em vista a sua consideração como um dos insumos básicos, já que representam 3/4 do gasto total com assistência médica, de vez que a empresa de saúde caracteriza-se pelo emprego intenso de trabalho e não pelo uso intenso de capital.

Quanto à percepção satisfatória dos atendimentos, sua explicação pode estar ligada à tradição de submissão das classes populares. Mereceria um estudo mais profundo que, a partir da história da participação política desses grupos no Brasil, analisasse o reflexo da difusão da idéia de atenção à saúde como benefício outorgado, antes que direito, no Estado burocrático autoritário, legitimando a hierarquia de consumo ("patamares de cidadania") e restringindo qualquer contestação a suas práticas.[20] A partir de pesquisa sobre a opinião do público norte-americano em relação a serviços essenciais do Governo, Ianowitz e seus colegas concluíram que, em certa medida, esses serviços são aceitos porque o público não vê alternativas.[21]

Estão, portanto, sendo eficientes as modalidades sociais da medicina, no sentido de que têm sido hábeis em explorar o ambiente organizacional e se manter em seus respectivos lugares, produzindo, inclusive, os bens ideológicos necessários às suas respectivas posições. À medida, porém, que novas formas de organização da sociedade civil se efetivarem, este quadro poderá mudar.

Summary

The paper tries to study the medical practice in its liberal, social welfare and enterprising modalities, going from the historical analysis of its transformation in the capitalism system, particularly in Brazil, till the listening to the patient about his perceptions and expectations on the organizacional performance and medical care.

[20] O "INPS é uma mãe. O que havia de ser de nós sem ele?" Palavras de um previdenciário na fila de espera de atendimento médico do Inamps.

[21] Janowitz, Morris; Wright, Deil & Delany, William. Administração pública e o público. In: Etzioni, Amitai. *Organizações complexas*. São Paulo, Atlas, 1973.

Besides the information given as a sample of the three modalities studied, the papel also analyses some categories of the institucional medical speech — coverture extension, free-choice and racionalization of health care — as a comparative instrument of the different situations, concluding that the social modalities of medicine have been preserving and even reinforcing a hierarchy of consumption in health care.

PROBLEMAS MUNDIAIS

TRATADOS POR QUEM SABE



Saúde e Sistemas
Mario M. Chaves
3ª edição – 1980



A Paz e o Pão
A. Fonseca Pimentel
2ª edição – 1971



O Coração e a Saúde
(livro de bolso da Unesco nº 7)
F. Soler Sabarís (coord.)
1ª edição – 1977

Nas livrarias da FGV
ou pelo Reembolso Postal