

Os Médicos na Atenção Básica no SUS, encontros e desencontros com os Gestores de 50 Municípios do Estado de Rio Grande do Sul.

Physicians in the SUS Basic Care: agreements and disagreements with Managers of 50 Rio Grande do Sul State Municipalities

Jaime Bech¹ Professor Titular Dr.:FURG Saúde Coletiva

Endereço: NEAS-FURG-Campus Saúde, Gal. Osório s/n, s 104, Rio Grande, RS, 96216-808

Telefone: ++53 233 4554

E-mail: bnj@vetorialnet.com.br

César Francisco Silva da Costa¹ Enfermeiro Especialista em Saúde Pública NEAS-FURG

Endereço: FURG-Campus Saúde, Gal. Osório s/n, s 104, Rio Grande, RS, 96216-808

Telefone: :++53 233 4554

E-mail: neas@furg.br

Raúl Mendoza-Sassi¹ Prof. Adjunto Dr. NEAS-FURG

Telefone: (53) 233-4554

Endereço: FURG-Campus Saúde, Gal. Osório s/n, s 104, Rio Grande, RS, 96216-808, Brasil

E-mail: rams@iname.com

Helena Vaghetti¹ Profa. Assistente MSc NEAS-FURG

Endereço: FURG-Campus Saúde, Gal. Osório s/n, s 104, Rio Grande, RS, 96216-808

Telefone: :++53 233 4554

E-mail: neas@furg.br

¹ Integrantes do Núcleo de Estudos em Administração e Saúde Coletiva (NEAS) da Fundação Universidade Federal do Rio Grande.

Os Médicos na Atenção Básica no SUS, encontros e desencontros com os Gestores de 50 Municípios do Estado de Rio Grande do Sul.

TROCAR PELA OUTRA INTRODUÇÃO

Resumo Neste trabalho, os autores desenvolvem uma pesquisa qualitativa sobre quais são, na opinião dos mais de 50 gestores das zonas noroeste e sul do Estado de Rio Grande do Sul, os principais problemas para a construção do SUS nos municípios. Dois problemas foram considerados como os mais importantes: O papel do médico na atenção básica e a dificuldade para conseguir realizar diagnósticos e procedimentos de média e alta complexidade. Centralizando o estudo sobre os médicos os autores detectam que 100 % dos gestores consideram o médico como o principal responsável pela baixa qualidade da atenção clínica e atribuem isto à má preparação fornecida pela maioria das escolas de medicina. A análise praticada sobre os dados obtidos revela que nenhum dos municípios desenvolve um processo completo de administração de recursos humanos que compreenda a contratação, o acolhimento, o acompanhamento, a educação continuada e a participação dos médicos na gestão das unidades. Ao contrário, os médicos desenvolvem, segundo a opinião dos autores um trabalho alienante, num modelo de atenção à saúde tradicional e obsoleto, que se considera incapaz de fornecer um atendimento correto às necessidades mais sentidas pela população. A partir disso, se propõem uma série de medidas de curto e médio prazo que encaminhem uma melhoria da situação, mudando a cultura dos setores de recursos humanos das prefeituras.

Palavras Chave : Construção do SUS, Atenção Clínica, Profissionais Médicos, Administração de Recursos Humanos.

Abstract:

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

procedures and diagnosis. Centering the study over the physicians, the authors identified that 100% of the managers believe that the doctor is mainly responsible for the low quality assistance, and assign it to the poor training received at medical schools.

The analysis performed over obtained data, exposed that none of the involved municipalities develop a complete human resources management process, which comprise hiring, reception, follow-up, continue education and physician participation on health facility management. On the contrary, physicians develop, according to the authors view, an alienate work in an obsolete and traditional health care model, unable to fulfill the most perceived people needs.

Based on the previous findings, medium and short-term measures directed to improve the situation are suggested, changing the culture of the municipalities' human resources sectors.

Keywords: SUS construction, Clinical Assistance, Physicians, Human Resources Management

1.Introdução

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

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

De profissional liberal à integrante do SUS, o médico vem percorrendo um caminho que lhe é difícil, já que edifica sua formação, geralmente, em hospitais, com um saber acunhado em enfermidades e com uma atividade orientada ao paciente internado. Assim, o médico tem uma prática individual e individualista, hospitalocêntrica em sua

essência, sendo este o viés fundamental, que se reproduz na prática cotidiana da clínica e se projeta na atenção básica ambulatorial, seja esta privada ou da rede pública.

A Escola de Saúde Pública, órgão da Secretaria de Saúde do Estado de Rio Grande do Sul, desenvolve, entre outros, programas de educação para gestores municipais de saúde. Durante todo o ano de 2001, foram ministrados cursos com o apoio das Coordenadorias Regionais de Saúde, que contaram com docentes das diversas universidades públicas e comunitárias do estado, notoriamente a Universidade de Ijuí, Universidade Federal de Santa Maria, Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Fundação Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Os autores, docentes da FURG, tiveram a satisfação de participar de um dos módulos do Curso, intitulado Gestão e Planejamento, no Noroeste e Sul do Estado, oportunizando encontros de 3 dias (duração dos módulos, com mais de 50 gestores e assessores de Secretarias Municipais de Saúde, momentos em foi possível trocar experiências, conhecimentos e perspectivas, em um contexto de debates abertos e muito participativos.

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

2. Metodologia

Este estudo teve um caráter exploratório de natureza descritiva, onde utilizou-se a análise qualitativa, para alcançarmos os objetivos propostos.

Desenvolveu-se durante um dos cursos de educação para gestores municipais de saúde promovido pela Escola de Saúde Pública, órgão da Secretaria de Saúde do Estado de Rio Grande do Sul, com o apoio da IIIª Coordenadoria de Saúde, mais particularmente no módulo que disse respeito à Gestão e Planejamento. A população alvo foram gestores municipais de saúde e assessores das regiões Noroeste e Sul do Estado e realizou-se durante o mês de dezembro de 2001. Os dados foram coletados por 3 dias, em turnos integrais, no desenrolar do curso.

Para Minayo e Sanches (1993), a pesquisa qualitativa é um método de abordagem da realidade social que se utiliza de técnicas de levantamento, registros, análise e divulgação de dados para descrever, compreender e explicar essa realidade.

A pesquisa qualitativa busca o conhecimento profundo acerca da realidade com um entendimento de seus significados, motivos, aspirações, atitudes, crenças, valores, representações, opiniões e relações, através de uma aproximação fundamental e íntima entre sujeito e objeto pesquisado e tem como material primordial a interpretação da palavra que expressa a fala cotidiana.

Para Minayo (1992, p. 109) a fala é "reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles) e, ao mesmo tempo, tem a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas".

A principal ferramenta utilizada foi a comunicação verbal (Minayo1994) estabelecida durante reuniões plenárias em roda, em que cada um dos participantes, durante certo período de tempo, manifestou-se livremente sobre seus problemas e dificuldades na organização do Sistema Municipal de Saúde.

Após, ocorreram reuniões em grupos menores (5 a 8 integrantes), que debateram livremente sobre o tema durante 2 horas e, depois, apresentaram um relatório à plenária.

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

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

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

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

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

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

Após a identificação dos núcleos de sentido, passou-se à codificação e agrupamentos dos temas em categorias, que foram criadas baseadas na leitura e interpretação dos dados, sendo consideradas como categorias emergentes durante o processo de classificação.

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

A partir de nossas inferências e interpretações, a classificação resultou em diversas categorias. Para exposição neste estudo, escolhemos :

-atividades médicas no SUS - que se fez presente na totalidade das discussões e mostrou-se como ponto revrálgico dos gestores na organização do Sistema Municipal de Saúde;

- responsabilidades e soluções, atribuídas e praticadas pelos gestores na organização do Sistema Municipal de Saúde;

- modelo técnico-assistencial seguido nos sistemas municipais de saúde estudados.

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

3. Resultados

Categoria I – Atividades médicas na Atenção Básica no SUS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Categoria II- Responsabilidades e soluções, atribuídas e praticadas pelos gestores na organização do Sistema Municipal de Saúde

Descreve a questão de que as escolas médicas não promovem uma adequada formação dos profissionais e que a graduação em medicina deveria experimentar mudanças profundas para preparar os médicos ao trabalho no SUS, além de outras soluções aplicadas na busca de uma melhor organização nos sistemas municipais de saúde.

As colocações dos gestores foram agrupadas em temas, quais foram:

- ❖ a maioria apóia-se em sistemas de fiscalização de horários e aplicação de punições como advertência oral, escrita e / ou descontos salariais;
- ❖ utilizam, com médicos de contrato temporário, a ameaça de sua não re-contratação;
- ❖ alguns conseguem pagar pela “produtividade” do profissional;
- ❖ um dos municípios terceirizou as consultas da rede básica e não tem controle sobre as atividades;
- ❖ mais da metade queixa-se de que não tem apoio na hora de sancionar ao médico.
- ❖

Nenhum dos gestores consultados (50) estabeleceu um processo de administração de recursos humanos, isto é, os departamentos ou serviços de pessoal se limitam a realizar contratos, licenças, férias, presenças e faltas, folha salarial.

Salientamos neste ponto que o processo de administração de Recursos Humanos fez parte do material não verbalizado pelos gestores

Apenas dois gestores manifestaram estar informados dos processos de mudança na formação dos médicos proposta pela ABEM e a Rede Unida.

Categoria III - Modelo técnico-assistencial seguido nos sistemas municipais de saúde estudados.

Descreve a questão do modelo técnico-assistencial tradicional, que é seguido nos municípios.

Chamou-nos poderosamente a atenção que nenhum dos gestores referiu, nem nas entrevistas, nem nos plenários ou nas reuniões de grupo, o modelo técnico-assistencial utilizado em seu município. Quando questionados pela equipe docente, os participantes, de forma individual ou coletiva, evitaram qualquer referência a modelos, paradigmas ou estratégias de atenção à saúde.

Houve um tácito e explícito consenso de que o modelo é o tradicional: consultas nos postos de demanda espontânea, atenção exclusiva de recuperação: diagnóstico, tratamento ou encaminhamento ao especialista..

Um dos municípios desenvolve um modelo de Saúde Mental onde existem ações promocionais e preventivas. Em outros há programas de saúde materno-infantil, (pré-natal, planejamento familiar, crescimento e desenvolvimento da criança), doenças crônicas, (diabetes, hipertensão arterial), quase todos eles dirigidos ao diagnóstico e tratamento de casos.

Menos de 1/3 dos municípios têm equipes do Programa de Saúde de Família. Este programa presta escassa cobertura, menos de 10% da população, e, em geral, sem conexão com o resto do sistema municipal. O PSF apareceu no discurso como um ente especial, quase uma experiência “piloto” em desenvolvimento.

Em determinado município é desenvolvido um modelo de medicina comunitária, bem organizada e que presta uma significativa e total cobertura à população.

Nos municípios restantes, o médico trabalha segundo o modelo dominante, como um profissional “liberal” e isolado dos outros integrantes da equipe de saúde, e deve prestar um número de 16 consultas/dia, (Unidade de 4 horas), solicitar poucos exames de médio e alto custo, para ser considerado um “bom profissional”.

No discurso da maioria dos gestores houve críticas aos médicos que encaminham quase todos os pacientes ao especialista ou que solicitam o que consideram um “excessivo” número de exames complementares.

Em nenhum dos municípios se pratica o “acolhimento” (Fagundes 1999), essencial ao desenvolvimento do SUS.

4. Discussão

Na percepção dos gestores, o médico é visto como um dos “vilões” do sistema público, responsável principal da baixa qualidade da assistência clínica, gerador de enfrentamentos entre o sistema e a população:

“incorrigível dissidente, ao que há necessidade de controlar de perto...” GESTOR 26

“..a causa da má formação prestada pelas escolas de medicina..” GESTOR 49

“.. as escolas, como a maioria das universidades, estão descoladas da realidade assistencial...” GESTOR 50

Que o médico seja acusado de não desenvolver todo seu potencial no sistema de atenção público obedece a várias razões de caráter complexo, sem pretensão de esgotar o tema anotamos:

1. O médico é, tradicionalmente, detentor de um saber: o saber clínico, que se vincula a uma prática individual, com tomadas de decisão de caráter individual e responsabilidade individual, isto é real e faz parte da cultura do médico e da sociedade em geral.

Numa sociedade “medicalizada” (Portillo 1990) o médico é um prestador de diagnósticos e prescrições, algumas vezes conselhos, assim ele se representa a sua função social e esta representação é partilhada com seus pacientes;

É um profissional liberal sujeito, em sua prática, aos códigos elaborados por seus pares, com muitas dificuldades para incorporar, normas e procedimentos que envolvam alterações a seu ritual de trabalho e responde a um Modelo Sanitário bem caracterizado por Laura Feuerwerker (2002, p.116)

Os modelos sanitários, e em particular a prática e a educação médicas em vigor em uma dada sociedade em um dado momento, estão baseados na concepção predominante nessa sociedade do que seja o processo saúde-doença. Sua especificidade é definida pelas características e pelas relações socioeconômicas, políticas e ideológicas relacionadas com o saber teórico e prático sobre saúde e doença, sobre organização, administração e avaliação dos serviços e a clientela dos serviços de saúde (Feuerwerker, L.C.M. Tese de Doutorado, USP, 2002).

2. As escolas médicas, salvo exceções, reproduzem este modelo, sua estrutura e funcionamento estão condicionados por fatores como: capitalização do setor saúde, condição esta produtora de um intenso fracionamento do trabalho médico (Schriber, 1993). Aponta-se também o papel das corporações, com sobrevalorização do trabalho especializado e tecnológico que leva à “deshumanização”, que substitui em forma crescente o papel do médico como orientador e conselheiro e a semiologia pelos exames de alta complexidade. (Feuerwerker, L.C.M. Tese de Doutorado, USP, 2002)
3. A lógica de mercado, “A hipótese então, é que as relações hegemônicas de poder dentro da categoria, a manutenção de uma imagem de ideal profissional vinculada à prática privada e liberal e a legitimação acrítica de práticas indefensáveis de acordo com os preceitos da ética são a base de uma boa parte da resistência da categoria às mudanças na formação profissional dentro e fora das escolas “(Feuerwerker, L.C.M. Tese de Doutorado, USP, 2002).
4. Incipiente, senão inexistente, é também a educação permanente, no sentido de: reflexão sobre o que acontece no serviço e transformação do mesmo, (Rovere 1994) dirigida aos profissionais da saúde como uma reflexão crítica e transformadora da prática.
5. Os salários dos médicos da rede pública, são, em geral, inferiores aos equivalentes na atividade privada.
6. O processo de seleção para o contrato de médicos nem sempre contém uma detalhada descrição das atividades e funções a serem desempenhadas, como conseqüência, o médico presta concurso para um cargo “ Médico Generalista” cujas atividades considera à luz de uma prática de reprodução dos modelos

hegemônicos incorporados pelas escolas (consulta de demanda, diagnóstico e tratamento). Assim, resiste a mudanças que eventualmente lhe sejam propostos.

7. Os contratos das prefeituras, salvo os do PSF, são por cargas horárias e salários que alimentam o multi-emprego, deletéreo para o sistema.
8. Uma vez contratado, o médico não é acolhido pela equipe. É simplesmente colocado numa unidade, com um horário a cumprir. Esta é outra maneira de reproduzir o esquema das “16 consultas”, findas as quais já “não há mais o que fazer” .
9. Nenhum dos municípios consultados tem qualquer programa de educação em serviço para profissionais e técnicos.
10. O trabalho do médico, na maioria dos sistemas de saúde, e isto vale para qualquer profissional da saúde que trabalha na rede básica, é profundamente alienado (Campos, G.W.S.,2000): o profissional recebe diretivas emanadas dos gestores e a pesar de ser um produtor de saúde, ele acaba cumprindo normas e disposições emanadas de outros lugares, geralmente do nível central do sistema. Normas que não pode discutir, criar, modificar à luz de seu conhecimento do local em que trabalha, o que o converte num tecnocrata que faz o que lhe pedem e não faz o que pensa que deve fazer.
11. O “controle social” se faz em nível dos Conselhos Municipais de Saúde, longe da base do sistema. O médico não está nunca sendo questionado diretamente pela comunidade à que assiste. O retorno alimentador de mudanças de comportamento é escasso.

Apenas em alguns municípios está sendo desenvolvido o processo previsto na Constituição Federal de 1988, que em seu artigo 200, inciso III, estabelece que “Ao SUS compete, além de outras atribuições, nos termos da lei, ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde”.

Iniciativas a este respeito existem e vem sendo debatidas desde 1993 “a preparação de recursos humanos em saúde implica em intensa interface com as políticas de

educação, configurando a integração entre os setores de saúde e educação como princípio nuclear das políticas de preparação de recursos humanos para a saúde” (II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, 1993)

Não é desenvolvido pelos gestores um “processo de administração de recursos humanos” ou de “acolhimento de profissionais e técnicos do sistema : as secretarias de saúde dos municípios integrantes de este estudo, não promovem este tipo de processo (todas as secretarias presentes nos dois cursos), que sem dúvida poderia melhorar em forma significativa a qualidade da produção de saúde pelos sistemas

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

A ABEM, CINAEM, Rede Unida, junto a Ministérios de Educação e Saúde e Escolas Médicas, estão promovendo mudanças significativas na formação médica (Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina) um de cujos objetivos fundamentais e o de “ vincular, através da integração ensino-serviço, a formação médico-acadêmica às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS.”

5. Conclusões

* Ministério da Saúde- Terceira Versão Preliminar. Dezembro, 2000.

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

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

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

O SUS, gerando necessidades sociais até então inéditas, é o grande promotor das reformas nos currículos médicos, que nos últimos 30 anos, os fóruns de debate, principalmente orientados pela ABEM, vêm, com diversos graus de êxito, elaborando e experimentando.

Como se depreende dos resultados e análises acima expostos, é necessário promover com toda ênfase mudanças curriculares capazes de gerar profissionais médicos comprometidos com a nova realidade.

Nesta direção apontam o documento *CINAEM: Transformando a Educação Médica Brasileira* (CINAEM, 2002), o desenvolvimento da Rede Unida, que postula que: “Será, então, importante criar variados mecanismos de incentivos a propostas como a diversificação de cenários de práticas dos alunos, a adoção de metodologias ativas de ensino-aprendizagem.....” (Feuerberker, L.C.M. 2000). É enfatizada a necessidade de ligar a educação médica ao funcionamento do SUS, com a finalidade de melhor preparar os profissionais para o trabalho no SUS, assim como foi manifestado pelos gestores neste trabalho o que é uma necessidade social bem estabelecida.

Reconhece-se uma insuficiente formação, mas, também, a existência de um consciência e uma praxe transformadora, ABEM, Rede Unida, Ministério da Saúde e da Educação, estudantes, docentes, cada vez mais presente, em cada vez maior número de escolas médicas.

Ao mesmo tempo, e a curto prazo, é necessário promover melhorias significativas na qualidade da gestão e o planejamento dos SIMUS, já que podemos diagnosticar :

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

- ❑ os editais de concurso, quando existentes, se limitam a estabelecer tipo de médico (“generalista, pediatra”) carga horária e salário. Não consta, nos editais, descrição dos cargos nem relação de funções e atividades a serem desempenhadas pelos profissionais;
- ❑ não há qualquer processo de “acolhimento” do profissional , e com isto significamos que não se faz uma apresentação dos profissionais aos colegas de trabalho nem à população a quem vai servir, não há qualquer curso introdutório onde se explicitem os objetivos e/ou metas a serem alcançados no processo de trabalho;
- ❑ não foi observada nenhuma participação do médico no processo de gestão e planejamento da unidade na que trabalha, assim seu trabalho resulta alienado;
- ❑ não desenvolve um processo de educação continuada nem permanente com os profissionais;
- ❑ não há um sistema de avaliação que envolva auto-avaliação, avaliação pelos colegas e a comunidade, assim não há retro-alimentação corretiva;
- ❑ os contratos são por cargas horárias que oscilam entre 12 e 24 horas semanais, não há, salvo alguns poucos médicos de família, contratos de tempo integral;
- ❑ os salários são baixos, estimulam o multi-emprego e a pouca dedicação dos profissionais;

Assim, responsabilidade pelos problemas existente, expressos pelos gestores dos municípios, objeto de este trabalho, é colocada nos médicos, responsabilizando-se á má formação fornecida (salvo exceções) pelas escolas médicas.

Acordamos que, em grande parte, eficiência dos profissionais também depende de um processo de administração de recursos humanos, de organização das secretarias municipais de saúde e do sistema de gestão municipal.

Opinamos que:

Mudanças profundas da formação de médicos estão acontecendo em grande número de escolas se encontram em processo de mudanças curriculares, à luz das “ diretrizes curriculares” estabelecidas pelas organizações acima citadas, mas este é um processo de longo prazo, que o desenvolvimento do SUS não pode esperar.

Mudanças positivas significativas podem ser produzidas desde que as secretarias de saúde dos municípios promovam:

- editais de concurso com uma pormenorizada descrição das funções, atividades e cenários de atuação dos médicos;
- um processo de acolhimento dos profissionais;
- um mecanismo de educação continuada para seus profissionais;
- a participação dos profissionais na gestão e o planejamento das unidades nas que trabalham;
- sistemas de avaliação justos e participativos;
- a contratação de seus profissionais em sistema de tempo integral e com salários compatíveis com suas responsabilidades;
- um plano de cargos e salários que permita, promoções e benefícios para os profissionais que atingem as metas propostas com qualidade.

6. Bibliografia

- Almeida, M.J. 1999 *Educação Médica e Saúde: possibilidades de mudança*, Rio de Janeiro: Ed UEL & ABEM
- Arouca, S. & Campos, G. W, 2001. In *13 anos de Reforma da Saúde no Brasil*, Mesa Redonda, organizada pelo PDG Saúde, UFRGS, Porto Alegre.
- Bardin, L., 1977 *Análise de conteúdo*. Lisboa: Persona.
- Bech, J., 2002. Princípios Fundamentais da Atenção à Saúde. In Maria Ceci Misoczky & Jaime Bech; *Estratégias de Organização da Atenção à Saúde*. Porto Alegre: DaCasa p.11-20.
- Campos, G., W. de S., 2000, *Um método para análise e co-gestão de coletivos*, São Paulo, Ed Hucitec
- CINAEM: 2002 *Transformando a Educação Médica Brasileira* Ofício Circular No. 23/2002 CINAEM, Brasília. D.F.
- Fagundes, S. 1999 *A Institucionalização do SUS*, Congresso do CLAD, México, DF.
- Feuerwerker, L.C.M. 2002 *Mudanças na educação médica: os casos de Londrina e Marília* Tese de Doutorado, USP.
- Mendes-Gonçalves, R.B. 1979 *Medicina e História: raízes sociais do trabalho médico*. São Paulo, Dissertação (Mestrado em Medicina). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, USP.
- Mendes-Gonçalves, R.B. 1994 *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,
- Minayo, M. C. de S. 1992 *O Desafio do Conhecimento, Pesquisa Qualitativa*

em Saúde, Saúde em Debate, São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco

Minayo, M. C. de S. et al, 1996. *Pesquisa Social, Teoria Método e Criatividade*. 6ª.ed. Petrópolis: Vozes.

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

Portillo, José Luis, 1991 In *Teoria Social da Saúde*. Montevideo: Universidad de la República p.130-136.

Righi, Liane Beatriz 2001. *Município: território de produção de novas formas de gestão e atenção à saúde-considerações sobre a aposta e suas implicações a partir de um processo de formação de gestores*. Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, 24, p 9-27, dezembro

Rodrigues dos Santos, N. 2000 *A prática do controle social através dos Conselhos de saúde*. Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, 22:71-91, dezembro

Rovere, M. R. 1994 *Gestión Estratégica de la Educacion Permanente en Salud in Educacion Permanente de Personal de Salud*. Série Desarrollo de Recursos Humanos Nº 100. Organizacion Panamericana de la Salud. EUA.

Schraiber, L. B. 2000 *A profissão de ser médico*. In: CANESQUI, A. M. Ciências sociais e saúde para o ensino médico. São Paulo: FAPESP/Hucitec.

