

**Trabalhar no Serviço Público de Saúde:
os agentes de saúde e a relação instituição/clientela**

AMÉLIA COHN

Cadernos CEDEC nº 25

São Paulo, 1992

Trabalhar no Serviço Público de Saúde:

os agentes de saúde e a relação instituição/clientela *

A construção da saúde como um direito de todos, tal como reza o atual texto constitucional, implica a formulação de uma política social calcada nos princípios da constituição plena da cidadania, equidade e justiça sociais. Implica, no caso da saúde, o respeito à especificidade do setor e à sua articulação com os demais setores de intervenção na área social frente a uma realidade marcada por um Estado clientelista e tutelar que, através das políticas sociais, acaba por, reproduzir a desigualdade e a carência em nossa sociedade.

E isso porque "o padrão brasileiro de proteção social estruturou-se sobre frágeis bases políticas, direcionando-se tão somente para segmentos parciais da população, fragmentando a ação estatal numa multiplicidade insana, custosa e ineficaz de programas. Conseqüentemente, erigiu-se sobre um sistema de financiamento que vem, sistematicamente, negando o caráter público e redistributivista da ação estatal. No plano institucional, verificou-se a constituição de uma organização estatal burocrática irracional, hipertrofiada e perversamente centralizada, incapaz,

* Texto elaborado a partir de dados obtidos na pesquisa "Relação Instituição-Clientela na Atual Política de Saúde na Região Metropolitana de São Paulo", financiada pelo Ministério da Saúde e realizada no período de 1987/1988.

por isso mesmo, de articular, a nível nacional, a ação pública de corte social" (1).

Por outro lado, a reversão desse quadro exige, a par a vontade política dos governantes e reformulações profundas no aparato estatal destinado ao atendimento das necessidades sociais, que estas se transformem em direitos sociais, o que implica a cidadania. E se não basta a instituição de uma democracia no âmbito das instituições políticas sem atingir a sociedade, da mesma forma a descentralização da responsabilidade pública relativa à saúde implica a descentralização e democratização no interior da própria rede pública de serviços.

Isso significa que se as Ações Integradas de Saúde (AIS), os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), e o Sistema Único de Saúde (SUS) representam, respectivamente, passos progressivos e a meta a ser alcançada, no seu conjunto acabarão por ter impacto muito reduzido se nos níveis estadual e municipal essa descentralização não vier acompanhada de uma re-articulação entre os níveis centrais em cada esfera de poder e a rede de serviços, com maior autonomia desta relação ao nível central ao qual está vinculada.

Democratizar a saúde, portanto, significa não só a ampliação da rede de serviços, a extensão do acesso aos serviços, mas também, e fundamentalmente, democratizar os próprios serviços.

(1) Cohn, A., Draibe, S. e Karsch, U. - "Desafios atuais para a assistência social: a busca de alternativas", in: Serviço Social e Sociedade, São Paulo, p.91, abril, 1987, pp.91-111.

Para além de suprimir a "gincana burocrática" (2) cuja lógica perversa acaba por reprimir a demanda e imprimir um sentido fragmentado às práticas institucionais dos próprios agentes das políticas sociais, trata-se, assim, de conceber caráter público dos serviços como um direito do cidadão, cuja realização passa pela mudança dessas práticas dos agentes institucionais.

Foi essa a perspectiva central que inspirou a pesquisa em oito unidades básicas de serviços de saúde, municipais e estaduais, sediadas na periferia do município de São Paulo. As entrevistas, gravadas, foram realizadas com funcionários com postos de direção ou chefia a partir de um roteiro semi-estruturado. O objetivo principal consistiu em detectar as características básicas da prática institucional desses agentes da saúde, visando identificar pontos que possam traduzir-se em obstáculos e pontos que possam favorecer o processo de democratização dos serviços de saúde. Através do discurso espontâneo desses agentes, visou-se apreender suas representações sobre o trabalho (o processo e a organização do trabalho) e as condições em que ele se dá no contexto mais abrangente dos serviços públicos de saúde, que imprimem sentido à sua prática.

Partiu-se, assim, de algumas premissas que permitiam delinear a investigação de maneira a não confundí-la nem com uma análise das relações institucionais internas a cada unidade, e

(2) Veras, M.P.B. e Bonduki, N. - "Política habitacional e a luta pelo direito à habitação", in: Covre, M.L. (org.) A Cidadania que não temos, São Paulo, Ed. Brasiliense, 1986.

tampouco com uma análise das representações sociais tal como praticada pela psicologia social.

A primeira dessas premissas, inspirada em Souza (3), consiste em entender as instituições não como sujeitos em si, mas através das práticas e comportamentos humanos de seus agentes, que assim materializam seus imperativos. Afirma o autor: "no plano das ações concretas, as instituições não são sujeitos, embora invistam muito para serem notadas nessa condição. São os atores sociais, específicos que operam, no dia-a-dia, essa ação institucional. Ela, por si, não fala nem atua; requisita um suporte que seja o seu porta-voz e executivo. São as práticas e atitudes humanas que materializam os imperativos da instituição"(4).

Por outro lado, é esse mesmo autor quem adverte para o fenômeno que denominou de "fetiche institucional", vale dizer, que as estruturas institucionais, apesar de sempre serem produto da vida social, adquirem certo grau de autonomia, passando a organizar as relações concretas dos indivíduos e levando, dessa forma, a um sistema regulador acabado, transformando os sujeitos em sujeitados, ou naquilo que aqui se denominará instituídos.

Em consequência, o desempenho de uma determinada função por um período prolongado acaba por produzir uma auto-imagem dos agentes institucionais que se confundirá com os próprios ditames

(3) Souza, H.R. - "Institucionalismo: a perdição das instituições", in: Temas Imesc - Sociedade, Direito, Saúde, São Paulo, Instituto de Medicina Social e de Criminologia de São Paulo, 1(1), 1984, pp. 3-12.

(4) Souza, H.R., op. cit., p.15.

institucionais. Tem-se, então, por uma outra vertente, o fenômeno já apontado nos estudos sociológicos sobre burocracia, da invariável presença de forte reação a favor das práticas institucionais tradicionais, ganhando proeminência o discurso técnico-burocrático e o ritual burocratizado, que passa a balizar, autonomamente, tanto o código de conhecimento especializado e próprio como os critérios de eficiência de seus agentes.

No caso específico dos serviços públicos de saúde, também eles produtos do descaso e descrédito oficiais em relação às questões sociais, que se traduzem na lógica perversa de aparatos pobres para cuidar dos carentes e da carência (em que pesem serem onerosos, pela sua fragmentação e irracionalidade de toda ordem), esse fenômeno acaba por traduzir-se na concepção segundo a qual o necessário a ser feito para o atendimento das necessidades da população passa a ser o possível de ser feito, com ênfase quase absoluta na rotina burocrática como o elemento fundamental que imprime sentido à prática dos agentes.

A segunda premissa diz respeito à relação entre oferta e demanda por serviços de saúde, e deriva da constatação, ao acompanhar a literatura brasileira sobre políticas de saúde a partir da década de 70, da ausência de um fator essencial nessa relação. Vale dizer, do fato de que um tipo de oferta de serviços de saúde que, para além de sua natureza pública ou privada e filantrópica, e para além do modelo tecnológico de atenção à saúde, diz respeito à prática institucional dos agentes - dos

serviços públicos de primeira linha, no caso. É fundamentalmente por essa via que as políticas de saúde reproduzem a desigualdade social ao estabelecerem, no caso dos serviços públicos, uma relação da instituição (através de seus agentes) com os carentes e não com cidadãos, portadores de um direito. E é por essa mesma via que se reproduz o traço paternalista e clientelista do Estado brasileiro. Nada mais atual do que a análise de Faoro, segundo a qual enquanto o povo busca a proteção do Estado e o parasita este o mantém na "menoridade popular" e sobre êle impera criando-se no plano psicológico uma dualidade que oscila entre o que denominou de decepção e engôdo (5).

Em decorrência, a terceira premissa consiste em pensar o Estado na sua dimensão mais abrangente, frente à tendência predominante a concebê-lo como órgão privilegiado de poder reduzido à esfera central do Executivo nos seus distintos âmbitos de competência - federal, estadual e municipal. Trata-se, pois, de pensar as instituições públicas de prestação de serviços de saúde como instância privilegiada do Estado na sua relação com a sociedade. Assim sendo, a própria dimensão da descentralização como fator essencial para favorecer a racionalidade do setor e a democratização dos serviços de saúde passa a ser pensada também na relação entre o poder central da administração e a rede de serviços. Essa relação envolve a exigência de maior autonomia das unidades de prestação de serviços na reformulação do próprio

(5) Faoro, R. - Os Donos do Poder, Porto Alegre, Editora Globo, 2a. ed., 1976.

processo e organização do trabalho na busca de maior adequação ao perfil da clientela. Do contrário, essas instituições fatalmente estarão destinadas a terem seus agentes reproduzindo a situação de instituídos do statu quo, aos quais é cassada a possibilidade de se transformarem em sujeitos instituintes de uma ordem, o que significaria tornar absoluto o poder institucional sobre eles.

Emerge, assim, como quarta premissa, já presente de distintas maneiras neste conjunto de textos, a importância - mas não a suficiência - das conquistas jurídico-institucionais no que diz respeito à saúde, nos textos constitucionais federal e estadual e em inúmeras leis orgânicas municipais, como pré-requisito fundamental para a democratização da saúde. O mesmo se aplica aos limites próprios da descentralização, se entendida, como é corrente, como um mecanismo automático de democratização da saúde.

Neste ponto específico, cabe ressaltar que, embora a descentralização, com maior autonomia do poder local para formulação e implementação de políticas de saúde, favoreça em princípio sua maior adequação às reais necessidades da população, por outro lado a administração local não tem papel unívoco nesse processo. Passa a se configurar, simultaneamente, como um espaço potencial de inovação mas também de conflitos na administração pública das políticas sociais.

Assim é que, nesse processo complexo há que se distinguir entre o público e o estatal, mudando portanto o foco da análise da

natureza das instituições produtoras de serviço. Neste caso específico, o público confunde-se com o estatal, sem que o inverso se revele sempre verdadeiro.

Não se trata, aqui, de enfatizar a ótica dos traços macro-institucionais do Estado brasileiro, mas a partir deles buscar entender a lógica que rege o comportamento dos agentes de saúde a partir das suas representações do trabalho em serviços de saúde públicos de primeira linha.

Não se trata, pois, de uma análise da ótica da sociologia da burocracia, nem da ótica da administração pública. Sem descartá-las como referências importantes, a atenção concentra-se contudo na matriz discursiva desses agentes, sistematizada e analisada com o auxílio do conjunto de questões do âmbito da Psicologia Social relativas às representações sociais e em estudos de instituições. Nesse sentido, esta análise apresenta os riscos inerentes a esta mixagem de distintas ordens de preocupações, em que o questionamento básico é dado pelo conjunto de indagações e perplexidades apresentado pelo movimento sanitário brasileiro das últimas décadas, orientado pela luta em favor da constituição da "saúde como um direito de todos e dever do Estado".

Não obstante, a percepção de fundo que inspira esta análise reside numa tese aparentemente no nível do senso comum, mas que de fato questiona tabus caros ao próprio movimento sanitário. Consiste ela na idéia de que qualquer ação ou conjunto de ações no sentido de melhor adequação do aparato da assistência à saúde às

reais necessidades da população esbarra no obstáculo fundamental da falta de comprometimentos dos serviços de saúde - e portanto de seus agentes - com a sua natureza pública, vale dizer, de serem um serviço do e para o público.

Os temas recorrentes

Nas entrevistas realizadas ressalta um conjunto de elementos que, na sua articulação interna, compõem o universo das representações desses agentes sobre o cotidiano de sua prática no serviço público de saúde.

Representação social, neste caso, denota uma forma de conhecimento socialmente elaborado e compartilhado, tendo um objetivo prático e contribuindo para a construção de uma realidade comum a um determinado grupo social (6). Dessa forma, inspira-se este texto muito mais estreitamente no universo de questões apresentado pela Psicologia Social, ao qual se associam as análises de Herzlich (7) que assinalam que, embora sendo um comportamento (o que implica a ação do sujeito) e tendo como

(6) Jodelet, D. - "Représentations Sociales - un domain en expansion", in: Jodelet, D.(org.) Les Représentations Sociales, Presses Universitaires du France, 1989, p.36; Spink, Mary Jane P. - As Representações Sociais e sua Aplicação em Pesquisa na Órea da Saúde, 1989, mimeo.

(7) Herzlich, C. - "La Représentation Sociale", in: Moscovici, S. Introduction à la Psychologie Sociale, Librairie Larousse, Paris, 1972.

função primordial a orientação das condutas desses sujeitos, a representação não permite que se infira a existência de uma relação automática e direta entre representações e condutas.

Abraçar esta vertente de análise reafirma, de um lado, a intenção de não realizar um estudo das relações institucionais nesses serviços (8) e por outra parte, permite focar a atenção nos agentes de saúde por ótica diversa da questão dos recursos humanos ou da força de trabalho em saúde: a de sujeitos sociais concretos (e portanto socialmente determinados) que estruturam um conjunto de práticas de representações geradas a partir de sua experiência cotidiana (9).

a) Processo e Organização do Trabalho: um ritual instituído

Os agentes institucionais em postos de direção e chefia dos serviços públicos de primeira linha não só diferenciam processo e organização do trabalho como os reduzem à sua dimensão meramente burocrático-administrativa.

Eis um exemplo de depoimento a partir da solicitação para descrever o processo de trabalho daquela unidade: "Nós temos três

(8) Exemplo desse tipo de estudo encontra-se em: Albuquerque, J.A.Guilhon - "Relações Institucionais em Agências de Saúde - Da Assistência à Disciplina: O Programa de Saúde Comunitária", 1985, mimeo.

(9) A respeito, consultar Rodrigues, Arakcy M. - "Práticas e Representações de Pequenos Funcionários Públicos de São Paulo", in: Revista Brasileira de Ciências Sociais, nº.11, vol.4, outubro, 1989, pp.85 a 107.

períodos, e nesses três períodos nós temos exatamente um clínico, dois pediatras, um dentista e um ginecologista... O posto abre às 7 horas... só que tem um período de marcação de consulta, agendamento, então definitivamente começa às 7:45 horas o atendimento médico... e fecha às 19 horas" (A₃) (10).

Ou ainda:

"Nosso trabalho aqui, o meu principalmente, é de tudo um pouco. A gente lida com toda a parte burocrática do Centro de Saúde, lido com comunicações, organizo toda a papelada que entra, registrar tudo, encaminhar officios, pedidos de material... frequência deles... o controle... de frequência... de férias... a orientação para eles sobre suas responsabilidades e obrigações... os deveres... Lidamos também com a prestação de contas que entra dentro da área de finanças... que é a Unidade Central... dão uma quantidade mínima de verba para que a gente gaste dentro da Unidade, com pequenos materiais de consumo..." (B₁).

Esses depoimentos expressam a matriz discursiva nuclear que se reproduz nos demais, deixando clara a concepção de processo e organização do trabalho restrita aos tipos de serviço prestados e/ou ao fluxo da clientela no interior da instituição, estando

(10) Por compromisso assumido à época da realização do trabalho de campo com os entrevistados, omite-se a identificação das unidades pesquisadas, que passam a ser registradas com as letras A e B numeradas de 1 a 4. "A" corresponde a unidades sediadas na zona Sul do Município e "B" na zona Leste.

ausentes elementos tais como a fragmentação (ou não) do processo de trabalho e a integração (ou não) entre seus diferentes momentos.

Alguns depoimentos, no entanto, agregam a êsse tipo de descrição burocrático-administrativa da unidade elementos que dizem respeito à relação instituição-clientela:

"Nós temos o atendimento à criança e o atendimento à saúde do adulto. No atendimento à criança existe o agendado (que é o desnutrido, o que tem problemas de bronquite, os problemas crônicos que voltam); e os que chegam aqui e a mãe quer passar por qualquer motivo, que a gente chama de atendimento à demanda espontânea. Então não precisa estar passando mal, mas a mãe cismou que aquele dia não acordou bem, então ela vem aqui e passa. Inicialmente a gente começou o atendimento da demanda espontânea com um médico apenas, mas isso começou a crescer e hoje a gente está pondo em cada período pelo menos 2 pediatras. Já muda um pouquinho a figura do centro de saúde, que passa a ser assistencialista. Porque o centro de saúde ... foi mais criado como prevenção, mas hoje ele tem mais esse caráter assistencialista, porque a população hoje ela quer ser atendida quando ela quer... Porque a gente trabalhava mais assim... com o desenvolvimento da criança, então é agendada aos 2, aos 3, aos 4 meses... aos 6 meses... e isso a gente vê que o índice de faltosos é grande. Então o que a gente vê é que eles querem ser atendidos... na hora que eles querem, que eles precisam, né?"

Temos também o atendimento do adulto que é feito também com demanda espontânea. Então o adulto hoje..., ele passa ele quer. Então sempre tem um médico que atende todas as queixas... todos os pacientes passam no médico de atendimento de demanda espontânea. Com isso a gente verificou que aumentaram os casos de TB (tuberculose), aumentou o número de casos diagnosticados de doenças sexualmente transmissíveis, que praticamente não procuravam o centro de saúde.

O centro de saúde quando ele trabalha com agendado, ele atende hipertenso, diabético, e faz com que a população procure o serviço na hora que ela precisa... então as doenças sexualmente transmissíveis, por exemplo, se a pessoa tem um corrimento, ela vem e quer ser vista pelo corrimento, não quer deixar para agendar.

O que a gente faz no atendimento ao adulto é procurar um vínculo médico-paciente. Então se você é diabético e passa aqui hoje com a doutora..., então a gente pretende no retorno re-agendar com ela. Então você tem o seguimento do paciente, e o paciente é um amigo de você." (A₂).

Mas se de um lado o processo e a organização do trabalho emerge como algo já instituído ou mudanças são absorvidas por pressão de fatores externos ("o centro assim passa a ser assistencialista") geralmente localizados na demanda, a relação com a população (clientela) é entendida pelos agentes como uma relação indefinida com pessoas carentes/amigas (no geral do sexo

feminino), onde as relações institucionais tendem a serem metamorfoseadas em relações individualizadas. E o coletivo (a clientela), alvo da prática institucional, passa a ser rapidamente reduzido ao fluxo interno ao qual é submetido:

"Bom... o processo de trabalho do centro de saúde é de atender à clientela que nos procura... A clientela ao chegar ao centro de saúde, ela entra primeiramente na recepção, ela é recebida por funcionários, recepcionistas, que atende à clientela e procura saber o que ela está precisando. A partir daí é encaminhada para os vários lugares aqui dentro do centro de saúde, para ser atendido..." (A₄)

A população alvo da prática institucional está presente, igualmente de forma diluída, também no pessoal com função apenas administrativa, mas agora com sinal claramente negativo: seu contacto com a população ocorre nos momentos em que surgem problemas que inviabilizam seja o cliente atendido naquele dia.

"quando de repente... eu estou aqui período integral... então todos os problemas que surgem, não sendo técnicos, eu estou obrigada a resolver. Por exemplo, problemas como de algum cliente que não vai ser atendido por algum motivo... então de repente a pessoa cria problema, cria caso lá na frente... começa a discutir... tem que explicar o porque daquilo... porque ele não foi atendido... então tentar dar uma justificativa para a população..." (B₁)

Contrapõe-se, assim, a uma representação do processo e da organização do trabalho como algo já instituído a externalidade dos fatores de mudança, neste caso a pressão da demanda, mais precisamente, o aumento da demanda por determinados tipos de serviço. Interessante registrar, no entanto, que apesar da impossibilidade de representar o processo e organização do trabalho em termos de sua integração/fragmentação, ou possibilidade de inovação frente ao já instituído, independentemente da questão em pauta, o problema salarial ou de regime de trabalho se apresenta com alta frequência, ao mesmo tempo que as próprias instituições acabam por encontrar mecanismos de coletivização dos distintos problemas de ordem organizacional.

b) O ritual do papel e a catarse coletiva

Se o processo e a organização do trabalho, quando descritos, são representados pelos agentes da forma anteriormente relatada, o exercício da autoridade administrativa, na medida em que toda instituição pressupõe uma hierarquia, aparece igualmente diluída. Mais que isso, emerge representada com forte traço burocrático ao qual se associa, paradoxalmente, uma cumplicidade interna entre agentes privilegiados e agentes subordinados, utilizando-se a tipologia de Guilhon de Albuquerque no estudo citado. Assim, reuniões mensais, ou comunicados internos "para a ciência" dos funcionários, garantiriam o saneamento de eventuais desequilíbrios presentes entre segmentos do processo de trabalho.

Circular e memorandos são utilizados para que os funcionários tomem ciência de resoluções das instâncias internas e externas à unidade. Quando há necessidade, além desse procedimento convoca-se uma reunião dos diretamente envolvidos:

"Toda vez que sai uma resolução ela é anunciada, informada aos funcionários através de um memorandum, um comunicado interno... Todos lêem e tomam ciência" (A₄)

Não obstante, a utilização de tais instrumentos institucionais assumem, no geral, caráter meramente burocrático e burocratizado:

"todos os documentos que chegam... chegam nas 3as. e 5as. feiras na casa, e também nesses dias a gente passa para eles as respostas... também da mesma forma chegam as notificações... só que não é a toda hora, tem os dias certos para chegar.

A: Como é que você passa isso para o pessoal?

T: ah... sim... a gente procura passar... geralmente são documentos então a gente passa para o profissional... para ele ler... assinar e dar ciência..." (A₃)

As circulares internas servem, ainda, para garantir a disciplina ou "selar" deliberações tomadas em reuniões internas da instituição:

"Às vezes eu baixo uma circular quando eu acho que é preciso, quando eu acho que o negócio está muito abusivo, eu acho

que baixei dois até agora... Fora isso, a gente conversa, coloca as coisas em reunião com ata e tudo, assinado direitinho, no fim da reunião todo mundo tomando ciência do que a gente falou e concordou; se concordar, você assinou." (B₃)

No entanto, algumas poucas unidades destoam da tônica geral vista até o momento. Enquanto os depoimentos acima citados apresentam esses procedimentos como meios-fins, profissionais de outras unidades têm uma visão cética sobre sua eficácia. Cabe assinalar que isso ocorre exatamente nas instituições mais permeáveis a uma concepção mais coletiva do trabalho e voltadas para uma maior adequação às demandas da população. No entanto, mesmo assim concebidos, tal como nos casos anteriores, esses procedimentos vêm igualmente no sentido do reforço da autoridade das instâncias pertinentes, fato necessário em qualquer organização institucional. A questão que se coloca seria, então, os fundamentos que dão suporte ao exercício dessa autoridade de forma mais ou menos autoritária. Tais elementos estão presentes no depoimento que segue, quando se perguntou se existe como norma o uso de circulares e memorandos, vindo como resposta por parte da direção:

dependendo... Se é muito importante o que a gente quer estar comunicando, a gente manda através de memorandum para os funcionários tomarem ciência. Mas a gente chegou à conclusão que toda vez que se manda um memorandum, sem ter discutido previamente com eles os por ques..., sem ter dado um "alôzinho"... tipo 10 minutos com as razões pelas quais você está mandando esse

memorandum... sabe... acaba havendo uma revolta à aceitação do memorandum" (A₂). Todas as unidades apresentam um espaço reservado para discussão dos problemas da instituição no âmbito coletivo. No geral são reuniões mensais, marcadas para a última sexta-feira do mês, dia em que se suspende o atendimento. Mecanismo já previsto pela normatização do funcionamento dessas instituições, essas reuniões no entanto apresentam uma diferenciação bastante grande ao caráter que lhe é impresso por cada instituição. Algumas unidades ocupam esse espaço para "passar a limpo" problemas institucionais de toda ordem, de natureza psicológica até, dramatizando papéis e discutindo problemas de ordem técnica. É o momento de catarse desse coletivo tenso, diferenciado, que lida com uma população carente. A presença de um profissional psiquiatra ou psicólogo no quadro de funcionários o coloca quase que automaticamente na coordenação da reunião:

"Na última 6a.feira do mês paramos o atendimento no centro de saúde, e passamos o dia todo discutindo com os funcionários as questões que estão colocadas aí e precisam ser resolvidas, problemas de ordem administrativa como de reivindicação dos próprios funcionários. Nessa última 6a.feira, o trabalho aqui se dá com a coordenação do médico psiquiatra, que de repente... ele é a pessoa escolhida para estar coordenando a reunião de grupo. No fundo essas reuniões de 6as.feiras estão sendo reuniões de reflexão e vivência de papéis, do indivíduo enquanto funcionário, enquanto indivíduo, o papel do diretor, do diretor enquanto pessoa; discutimos também a expectativa da população quanto ao

nosso serviço, o que devemos responder, como responder, aquilo que não dá para responder, não dá para cobrir a expectativa... A gente tem dramatizado essas situações, usando técnicas de dramatização, etc. (A₄).

ou ainda:

"Trabalho com funcionário... mensalmente a gente tem uma reunião aonde são tratados assuntos de ordem técnica, e o relacionamento profissional e social desses funcionários... Nessa reunião mensal é discutido todo tipo de problema do centro de saúde, problemas pessoais, de trabalho, problema de doenças, o interesse científico de cada pessoa, etc.". (A₄)

No outro extremo encontram-se aquelas instituições em que as reuniões, porque assumem um caráter meramente rotinizado, se esvaziam de qualquer conteúdo outro senão a discussão daquilo que a própria rotina não dá conta.

"É muito difícil fazer reuniões com todo o pessoal, porque teria que fechar o posto. Então normalmente se fazem reuniões de acordo com os períodos... A dificuldade de reunir os três períodos é grande porque não batem os horários, tem dificuldades para vir no posto... então a gente faz reuniões por períodos... O pessoal faz uma reunião para a enfermagem... e por outro lado para os médicos... Não, não tem periodicidade. As reuniões vêm a partir de uma necessidade". (A₃)

Outra fórmula existente é reunião semanal com a(s) chefia(s), e com funcionários só reuniões extras ou bimestrais:

"O que a gente tem feito... é uma reunião semanal com a chefia. Nós estamos aqui o dia inteiro, então a gente pode tentar tirar dúvidas aqui o dia inteiro... ou o que for necessário. Mas a gente faz uma reunião semanal para a avaliação do funcionamento.

Com os funcionários.... a gente tem feito ou através de memorandum ou através de reuniões extras... quando a gente tem algum assunto muito importante então a gente marca uma reunião extra e discute. Caso não tenha nada importante, é uma reunião bimensal. Então naquele dia existe uma reunião administrativa".

(A₂)

As reuniões de caráter mais ritualístico, e que portanto provocam desinteresse por parte do quadro de funcionários, no geral vêm acompanhadas da obrigatoriedade da presença e do conseqüente exercício da autoridade, sem que isso no entanto garanta maior eficiência a esse tipo de mecanismo. Até porque, quando assim concebida como algo secundário, no geral a contrapartida da obrigatoriedade da presença é a adequação do horário às exigências "maiores" dos profissionais envolvidos, sobretudo dos agentes privilegiados.

"Eu costumo fazer uma reunião mensal, faço, dividido em dois horários, porque, normalmente, os médicos e dentistas têm outra função fora disso, psicólogo, o assistente social também tem outra coisa prá fazer além daqui, então prá pegar todo mundo eu costumo

fazer em dois períodos, eu sei que não é muito, não rende muito, mas eu não quero prejudicar outras pessoas, assim como eu também sou médica, a gente tem outras coisas prá fazer, não é só esse serviço que a gente tem; tem outro serviço também, então a gente entende também os outros profissionais, antes daqui eu fui chefe em outro lugar e isso sempre foi problema; então aqui eu exijo obrigatoriedade em reuniões, eu acho que todo mundo deve assistir, então eu fiz isso, mas fora isso a gente é muito liberal aqui dentro". (B₃)

Por outro lado, quando ocorre que a instituição apresente um dinamismo próprio em termos inovar sua organização do trabalho independentemente da normatização das instâncias centrais de decisão, na busca de melhor adequação do serviço à demanda e à expectativa da clientela, essas reuniões revelam-se irrelevantes. Nestes casos porque os mecanismos que promovem a inovação não são esse tipo de reuniões, e no caso anterior porque elas se revelam absolutamente vazias de qualquer conteúdo que não o ritual burocratizado que imprima um sentido daquela atividade no universo de representação dos agentes.

Segue um exemplo que revela um dinamismo interno à instituição que corre paralelo ao ritual burocratizado:

"Com os médicos o que a gente tem feito é uma reunião uma vez por mês, os médicos de cada período se reúnem para estar trocando e avaliando as propostas de atendimento e a rediscussão de casos.

Apesar de tudo isso..., porque teoricamente fica muito bonitinho, às vezes ocorre a falta de comunicação. Aí que a gente vai ver que não trabalhou tal coisa direito... isso ocorre quando aparece coisa importante, cada um troca suas próprias idéias um com o outro. Agora..., para se discutir os casos mais programados, então é dentro daquele dia, porque não há atendimento médico, só há atendimento da demanda espontânea..." (A₂).

Não obstante, chama a atenção a presença constante de um contraponto: a da informalidade nas relações profissionais e institucionais. Essa informalidade é sempre avaliada como positiva e permeia todos os profissionais, de nível universitário ou não, ocupando cargos de chefia ou não.

"Todo funcionário tem a plena liberdade de chegar e colocar o seu problema e, não é só numa reunião que pode falar não. Tem probleminha prá resolver, tá precisando faltar, a gente tem direito a falta abonada, essas coisas toda, tá precisando, pode vir conversar com a gente que a gente é maleável; precisa sair cedo, se não atrapalhar o serviço, o andamento, a gente tenta contornar aqui mesmo" (B3).

Esse centro de saúde, ele funciona em 2 pavimentos divididos em 4 áreas, mas nós não temos intercomunicações, nós temos reuniões, então, nós temos uma liberdade de comunicação e uma intimidade muito grande com os funcionários, então, os problemas chegam até nós os dirigentes da unidade através ou de uma maneira informal, ou por uma reunião que a gente faz

mensalmente, se não houver necessidade de uma reunião extraordinária. (B2).

De uma forma ou de outra mecanismos informais são valorizados, indiretamente, pela sua maior eficiência se comparados aos formais. Contrapartida disso é a da inexistência de gradações claras de competências de autoridade. Nessas condições, reuniões coletivas são viáveis como momentos de catarse (onde tensões e conflitos são administrados com competência por autoridades identificadas pelo seu saber e não necessariamente pelo cargo ocupado) ou como espaços vazios onde se discutem técnica e asceticamente problemas institucionais. Fato é esse perfeitamente coerente com a quase total inexistência, nesses casos estudados, de punições aos profissionais que infringem as regras: o máximo a que se chega - com raríssimas excessões - é a advertência pessoal, situando-se portanto no âmbito das relações individuais, e raras vezes no âmbito do coletivo.

c) Recursos humanos: um problema em termos

Há nos estudos na área da saúde uma polêmica, revelada pela tensão entre duas concepções de como tratar a questão dos agentes de saúde: recursos humanos, que em princípio estaria mais relacionada à ótica da administração e planejamento, e força de trabalho, que compreenderia uma análise estrutural da realidade social. Problema não resolvido: ambas as vertentes acabam por

utilizar, com distintas conotações, o termo "trabalhadores da saúde".

Não cabe nos propósitos deste trabalho enveredar por essa trilha da análise, mas tão somente ressaltar, no nível das representações sociais desses agentes de saúde, como e porque a questão dos recursos humanos constituem um obstáculo à maior eficiência dos serviços.

Nesses termos, a questão dos recursos humanos não se traduz, para esses agentes, num problema em si. No geral éle é referido a um conjunto mais amplo de questões projetado na forma de atuação das instâncias de nível central. E como tal, ressaltam o problema da rotatividade, dos baixos salários, da seleção centralizada e de seu par, a falta de autonomia das instituições frente ao nível central.

c.1. Rotatividade

É frequente a avaliação, por parte dos entrevistados, da existência de alta rotatividade no quadro de funcionários. No geral a evasão é explicada pelos baixos salários (referência presente em todas as entrevistas), variando no entanto o diagnóstico sobre qual categoria profissional apresenta maior índice de rotatividade: médicos, enfermeiras, auxiliares de enfermagem ou auxiliares. Da mesma forma, a maior permanência no geral é referida, no caso das categorias funcionais menos

qualificadas, à moradia próxima ao local de trabalho, e no caso das mais qualificadas, a uma certa "acomodação" por se configurar o emprego no setor público como "mais um emprego", ou quando esses profissionais são portadores de uma "noção sanitarista".

Mas se a evasão atribuída aos baixos salários é um consenso, o mesmo não ocorre no que diz respeito às categorias profissionais em que isso se dá com maior frequência. Mas é também ao discorrerem sobre isso que emerge a dimensão da variação da frequência por categorias profissionais associada às desigualdades sociais:

"Com relação à rotatividade, ela é muito grande por causa do baixo salário dos funcionários... e aí é indiscriminado tanto médico como atendente de enfermagem, como auxiliar, como enfermeira, etc. Há uma rotatividade muito grande" (A4).

Ou:

"A rotatividade de pessoal... está mais baseada no pessoal técnico. Em relação à enfermeira... é muito frequente... não tem parado enfermeiras aqui, e médicos também. Inclusive a gente deduz que seja pela fala de satisfação em relação a salários. Porque o salário é pouco para todos nós. Só que dependendo do pessoal eles aceitam mais. Eu não sei se é uma questão de se acomodarem nesse tipo de salário, na necessidade de cada um... e de repente se acaba acomodando e se estabiliza. E os outros não, pelo tipo de profissionais que são. Então a insatisfação aumenta dia a dia e eles acabam se deslocando daqui para ir para outro lugar, para

consultório particular, não sei. Só sei que a rotatividade mais frequente é em relação a médicos e enfermeiras... basicamente pelo salário" (B1).

Um possível fator de contrapeso à rotatividade motivada basicamente, segundo os depoentes, pelos baixos salários é a proximidade do local de trabalho por relação ao da moradia no que diz respeito aos quadros menos qualificados, pois nos demais existe uma relação inversa a depender da localização da unidade de saúde por uma questão de status:

"Você notou que eu falei muito de médico que saiu, de oftalmologista, psiquiatra, dermatologista e assim por diante, porque a Zona é uma zona historicamente desconsiderada; pois é preferível você dizer que mora no Butantã do que dizer eu moro aqui... para algumas pessoas. Eu prefiro dizer eu moro na Zona..., mas muita gente não gosta de vir para cá, não gosta de morar aqui, não gosta de trabalhar aqui, porque aqui não tem nada, historicamente isto aqui sempre foi desprotegido; aqui não tem escola, assistência médica, hospitalar, aqui, historicamente, sempre foi um dormitório, as pessoas dormem aqui e trabalham em São Paulo" (B2).

Vários depoimentos, no entanto, corroboram as reflexões de Veneu⁽¹¹⁾ quando analisa o que denominou de "representação-matriz" do funcionalismo público difundida pela sociedade em termos da

(11) Veneu, M.G. "Representações do Funcionário Público", in Revista de Administração Pública 24(1), nov. de 1989/jan. 1990, pp. 5-16.

oposição entre mercado e Estado. Neste caso específico a questão do mercado (de trabalho) aparece com forte ênfase como fator de explicação para a maior instabilidade das categorias profissionais com maiores possibilidades alternativas ao emprêgo público:

"Normalmente são médicos e dentistas que são gente mais nova assim de prefeitura. Agora, existe na parte de enfermagem pessoas bem antigas. Isso é muito variado, a gente não pode generalizar, normalmente é a classe universitária que é quem muda mais de emprego.

E: Você acha que é por que?

Oferta melhor, a gente vai onde tem oferta melhor.

E: Salarial?

Ah, a gente vai, tem que procurar isso também" (B3).

Não obstante, em alguns poucos depoimentos surge um elemento que corrobora as reflexões inicialmente feitas e que permite reafirmar a tese de que reverter a atual perversidade das políticas de saúde no país implica a necessidade de imprimir um novo sentido à prática dos agentes de saúde. Consiste êle na presença de uma proposta de trabalho claramente definida para que o quadro funcional se torne mais estável, apesar dos baixos salários, e se imprima assim uma outra lógica a sua ação:

"Os funcionários mais antigos são atendentes e auxiliares. Eu acho que de uma maneira geral você tem uma constância dos

profissionais aqui. Você mantém a constância aqui, apesar do salário ser baixo, por causa de uma proposta de trabalho. Acho que todo mundo tem aqui uma proposta de trabalho, e dentro dessa proposta de trabalho estão se mantendo, está tendo uma constância dos funcionários" (A2).

Isso, contudo, não é suficiente para a categoria dos profissionais médicos, caso em que mercado e status reafirmam-se como determinantes.

c.2. Baixos salários: da falta de estímulo ao trabalho voluntário

Nos depoimentos emergiu um fato novo, poucas vezes explicitado de forma clara, que é a caracterização do trabalho no setor público como trabalho voluntário.

Esse caráter de voluntariedade atribuído ao trabalho repousa, no nível das representações dos agentes, num complexo e contraditório universo, onde nebulosamente aparece essa concepção articulada num entrelaçamento de fatores - no geral externos ao agente - composto pelos seguintes elementos de variada origem: baixa remuneração, acomodação do funcionário público, precárias condições de trabalho, condições de trabalho estressantes pela impossibilidade de resolução de problemas apresentados pela clientela, multiplicidade de empregos, e finalmente (talvez sobretudo) pelo não reconhecimento como trabalho remunerado de

qualquer encargo ou tarefa assumida que não sejam aquelas previstas pelas normas vigentes para os cargos ocupados. Conseqüentemente, um maior empenho para o melhor funcionamento da instituição traduz-se, na representação desses agentes institucionais, como opção individual e não como algo gestado coletivamente e voltado para a esfera pública. O profissional, nesse sentido, independentemente de sua qualificação formal, dificilmente se apresenta e se assume como um trabalhador coletivo. Seguem dois exemplos paradigmáticos:

"Eu não assumo coordenação porque não dá tempo. O médico... eu gostaria de pegar... mas eu já tenho tanto compromisso, e você quando assume compromisso assim você tem que levar bem a sério. E eu gosto de levar a sério, só que não me dá tempo. Esse tipo de serviço pega muito tempo seu. Você tem reuniões, tem que fazer essas coisas assim... dá muito trabalho... Então, eu procuro evitar de participar muito por falta de tempo. Não dá prá assumir compromissos assim... com horário de reunião. Porque eles fazem reunião fora das atividades normais muitas vezes. Então eu trabalho: de manhã aqui, ah, de manhã em outro centro de saúde, aqui a tarde, e de noite faço plantão. O problema é tempo. Mas também precisa ter a motivação prá assumir a coordenação. Como tanto coordenador como o pediatra consultista ganham o mesmo valor de salário mínimo, não há motivação prá você pegar abacaxi... Então, se pagasse mais, tivesse motivação, tivesse uma carreira prá isso, talvez tivesse mais gente, mais voluntário prá fazer

isso. enquanto não tiver pagando aumento, não tem voluntário prá fazer isso" (A4).

A categoria que eu acho que melhor desempenha sua função aqui é a do atendente de enfermagem, auxiliar de enfermagem... escriturário, o pessoal auxiliar. Esses eu acho que se desempenham melhor, tem maior envolvimento, maior compromisso. Acho que a categoria médica, justamente porque tem um baixo salário... eles não sentem entusiasmo, não sentem disposição para estar se comprometendo mais. Já essas categorias de nível de instrução mais baixo... como atendente, auxiliar, até provalmente por não encontrar grandes alternativas no mercado, são um pessoal que tem um salário, apesar de baixo, mas um salário mais compatível com o salário do mercado. Então é um pessoal mais comprometido com sua função" (A4).

O trabalho coletivo aparece na difusa imagem de uma entidade genérica - funcionalismo público - agora com conotação negativa:

"Veja bem, quanto a mecanismo de pessoal isso é um problema muito sério, porque de uma forma padronizada... todo mundo atua como funcionário público e o funcionário público está estereotipado... se limita a ser funcionário público: chegar, assinar o ponto, tomar o cafezinho... café não porque aqui não tem, então vai ficar conversando, passeando por aí, o que tem que fazer faz... depois vai dar uma voltinha... volta... O único interesse de ficar aqui é porque é mais um salário... ganha

pouco... e fica fazendo só aquilo... então também nem vai ficar fazendo muito trabalho..." (A3).

Mas recursos humanos, por problemas salariais, de capacitação técnica ou da "natureza" do funcionalismo público, constituem um problema em termos: existem quadros com "vontade de trabalhar", da mesma forma que todos são passíveis de treinamento e de uma re-educação para o exercício da função para a qual são admitidos, ou para outra função na dependência de um arranjo informal pois infringe as normas vigentes. Mas por essa via retorna a dependência da sensibilização para o trabalho voluntário.

"É uma equipe muita boa... inclusive com muita vontade de trabalhar mesmo... a gente sente o esforço dos funcionários daqui, sem exceção... desde o servente até os médicos. Essa é a unidade onde os médicos mais cumprem o horário. Quer dizer, eu sinto isso, que nós temos um pessoal bom e com vontade de trabalhar... O que está faltando para nós é o espaço. Agora digo assim, com a ampliação, ou com prédio próprio.. aí sim... esses que vão entrar... minha preocupação é essa... que esses tenham a mesma vontade de nós também... para que a coisa realmente ande... Pensando na população... no contato que você tem com eles... como você acha que a população avalia o serviço? Ela saiu do posto satisfeita? Se saiu insatisfeita... por que foi?

algumas até você sente que saem satisfeitas... mesmo dentro daquilo que está sendo prestado... do tipo de serviço... que a gente considera o mínimo... mas eles sentem até satisfação" (B¹).

Trabalho voluntário, neste caso, não se confunde com vocação no sentido do cumprimento de uma missão na sociedade, tal como registra Veneu para o caso dos sacerdotes e militares, nem tampouco da filantropia, mas o seu reverso: a inexistência de qualquer empenho no sentido de comprometimento com o público (no duplo sentido da clientela e da esfera pública) por não vir acompanhado da regra básica do mercado que é a remuneração específica por cada tarefa assumida que ultrapasse o mínimo instituído do que deva ser realizado.

c.3. Seleção centralizada: inadequação do perfil de profissional e dependência da proximidade do local de trabalho

Em quase todas as unidades o problema da seleção de profissionais, realizada de forma altamente centralizada, aparece. Mas como nas questões anteriores, aparece de forma contraditória e ambivalente.

De um lado, porque a capacitação exigida (sobretudo para as categorias profissionais menos especializadas, com uma pauta de requisitos padronizados de forma mecânica) pouco tem a ver com a função que o profissional executará, e muito menos com o padrão de trabalho instituído na unidade na qual será alocado. Nesses casos,

a proximidade da moradia ao local de trabalho é garantia de maior empenho profissional, da mesma forma que é garantia de menor evasão, como já foi visto. Por outro lado, fica patente que os critérios utilizados para concursos dificilmente garantem a seleção do perfil profissional necessário às características do setor:

"Porque na conjuntura atual, os médicos do serviço público deveriam ser os melhores médicos da região, do local, prestam concurso, passam, e entram pro serviço, então praticamente são os melhores tanto INPS como serviço público, todos eles são concursados. Então, na realidade, todos os serviços públicos deveriam ter os melhores médicos, só que os melhores médicos são degenerados pela própria máquina administrativa, porque não tem estímulo para trabalhar, sem condições" (A4).

É reiterada, nos vários depoimentos, a subordinação da questão da seleção e capacitação técnica à condição de funcionário público e da baixa remuneração. Paradigmático é o depoimento a seguir, em resposta à questão da capacitação:

"Sabe o que acontece? Essa é uma coisa geral que acontece em todas as unidades, nosso baixo salário. Não dá muito incentivo para o funcionário. Você passa e vê o funcionário e vê que ele tem capacidade de fazer, e de repente ele se submete a fazer aquilo que está descrito dentro do horário dele e nada mais porque ele não ganha mais, não ganha um bom salário. Então esse salário

dificulta todo o nosso andamento dentro do centro de saúde, desestimula" (A4).

Ou ainda:

"Eu acho, pelo que eu vejo, e pelo pessoal que está mais tempo que eu lá, que a capacitação deles é média. E muito do que a gente vê lá, é o jeitinho brasileiro, né? Então se não tem certa coisa lá, se dá um jeito, mas a capacitação deles é média. Porque eles também são pessoas acomodadas... é difícil ver um cara que esteja fazendo um curso para melhorar, uma reciclagem... porque não existe reciclagem... existe para médico, para atendente, mas não existe para auxiliar, se bem que a gente poderia fazer isso no posto porque existe uma sala com quadro negro... A capacitação técnica de todos (os médicos) eu acho boa... se bem que aí esbarra num problema muito sério que é que tem médicos que têm interesse de continuar trabalhando no posto, agora... têm médicos que não. Eles não tem nem respeito pela população, não tem interesse nenhum... estão lá porque é mais um emprego..." (A3).

Em tese, na representação dos agentes institucionais, a capacitação é média, porém ela esbarra em algo maior - a difusa natureza acomodada e irresponsável (no sentido de cumprimento das competências no geral reduzidas a tarefas formalmente instituídas) do funcionalismo público. Claro que nessa circunstância o profissional médico passa a ser um dos principais alvos de crítica por ser um agente privilegiado no interior da instituição.

d. Centralização - descentralização: a falta de autonomia

A autonomia das unidades de serviço frente às decisões e normas instituídas pelas demais instâncias, regionais ou mesmo estaduais e municipais, é nula. Para lá vão os "pacotes" prontos, as normas do atendimento, a hierarquização e processo de trabalho definidos, o quadro de profissionais. A autonomia que lhes resta é na utilização de uma verba - no geral irrisória - para limpeza e pequenos consertos.

E se de um lado essa falta de autonomia torna as unidades dependentes da burocracia pública para manutenção de equipamentos, disponibilidade dos mesmos, remanejamento e contratação de pessoal, por outro tende a se tornar no segundo fator explicativo da ineficiência do serviço, dado que o primeiro é salarial. E aos poucos vai se compondo um quadro de efeito em cascata que ao projetar sempre "no outro" a responsabilidade da ineficiência, coloca na vontade individual (e não coletiva) os resultados - poucos - positivos do melhor funcionamento do serviço. Com isso reproduz-se a lógica perversa de que o necessário e suficiente é o possível de ser feito num quadro marcado pela carência - de recursos e da clientela. A tônica, no entanto, é o descontentamento:

"O descontentamento é geral, do médico em geral, não só do médico, mas do pessoal da saúde, porque a gente trabalha dentro do possível. E eu acho o seguinte: a responsabilidade da gente, de médico, é muito grande, entre vida e morte a coisa é perto, então

a gente mexer com a vida eu acho uma coisa super importante prá nós, eu acho que a vida quem pode mexer é médico e Deus, é esse o meu pensamento; então, eu acho uma responsabilidade muito grande. A gente nunca tem um respaldo nem conscientização da área governamental sobre saúde, eles não estão valorizando, porque a área que prá eles tem maior valor é economia, então, o que é valorizado é o pessoal de economia, economista em geral. Então, todo mundo vê na televisão os caras que mais se sobressaem são os economistas, não é o médico, não é o hospital, a área da saúde. A rádio "X" faz crítica contra o médico, contra os hospitais, mas eles não sabem as condições em que a gente trabalha..."(A4).

Este depoimento é particularmente rico - e paradigmático - por duas razões: primeiro, por traduzir de maneira clara e precisa a representação-matriz, emprestando o termo de Veneu, da onipotência médica (só médico e Deus podem lidar com a vida e a morte) e, segundo, por expressar de maneira contundente a projeção da responsabilidade no outro, no "eles" (governo). Isto expressa um fenômeno, já apontado por alguns analistas, de como o funcionário público, enquanto indivíduos, sentem-se não inseridos mas imersos no Estado, sendo que "essa representação não passa pela tarefa que executam, nem pela instituição na qual estão alocados. É uma referencia direta, total, que não comporta mediações" (12).

(12) Rodrigues, Arakcy, M., op. cit., p.99.

A isso, e em decorrência, se agrega um outro elemento que emerge nesta pesquisa, que é a representação, por parte desses agentes, de qualquer atividade que não a instituída pelos marcos normativos-institucionais como trabalho voluntário e talvez, por extensão, até aqueles são representados como tais.

Disso decorre uma série de fatores que num efeito em cascata vão compondo um quadro que permite explicar a ausência da responsabilidade pública e de qualquer outro fator que imprima sentido à prática desses agentes de saúde. Não é de se estranhar, portanto, que a partir do discursos desses agentes não se encontrem elementos no interior dessas instituições relativos ao exercício da autoridade, ao reconhecimento da hierarquia, o que sua contrapartida nas relações informais e na valorização da lealdade pessoal.

Outro fator importante de descontentamento consiste no fato de a agilidade da burocracia ficar muito aquém da necessidade do dia-a-dia da unidade. Inexistem canais de comunicação ágeis para que as demandas cotidianas encontrem respostas nos níveis centrais. O problema mais referido diz respeito à pouca verba disponível, que além de pouca já vem alocada para determinado fim, nem sempre coincidente com as prioridades da unidade:

"Tem algumas coisas, que na época de planejamento para funcionar o centro de saúde, foi pensado, só que não foi realizado. Eu acho que a falha é muito grande quando a verba vem

da Secretaria do Governo do Estado, vem determinada para algum tipo de material, por exemplo, a verba que vem para compra de material de consulta de enfermagem, a nível de ERSA, foi "x"... A verba para comprar material de administração foi "x", a verba para fazer pintura do prédio, ornamentação, compra de coisas estéticas, lustres... não é que eu não acho importante, mas minha prioridade agora é para comprar esparadrapo porque eu não tenho dinheiro para comprar esparadrapo... é uma coisa de prioridade... Essa verba por exemplo veio 5 "x"... e aí, como faz?" (A4).

A defesa da autonomia da unidade de serviço frente às instâncias intermediárias ou centrais está, em consequência, mais estreitamente relacionada à valorização das lealdades pessoais, da "consciência individual de cada um" do que à sua condição de trabalhador coletivo, no caso servidor do público, sobressaindo-se a sua condição de funcionário público. Dessa forma, quando indagado sobre qual o significado de maior autonomia da unidade de serviço para melhor adequar-se às reais necessidades da população assistida mediante mudanças no processo e organização do trabalho ela é negada como necessária, na maioria dos depoimentos, pois o que realmente é eficaz, para esses agentes, são as relações e lealdades pessoais. E reforça-se, também por essa via, a valorização da ação no interior do já instituído, tendo como contraponto no outro extremo as qualidades individuais dos profissionais envolvidos. Eis o que expressa um dos depoimentos:

"Isso tudo não depende do centro de saúde, da unidade de trabalho, da unidade básica, entendeu, depende do Escritório

Regional que age junto... então acho muito justo porque existem pessoas apropriadas para isso. A nossa função é mostrar nossa deficiência, não acho que a gente deveria receber dinheiro para a gente sair por aí contratando pessoas, porque elas não são leais, nossa autonomia está limitada ao que realmente existe, é mostrar a nossa comunicação, nosso diálogo com os diretores regionais... Então para gerenciar uma unidade desse tipo o que a gente precisa, em primeiro lugar, é boa vontade, disposição e colaboração, dos funcionários e da população. E não é para por lá uma caixinha de sugestão, para mim isso é bobagem, colaboração para mim é conviver junto, sentir o problema da pessoa; não vai escrever uma coisa que eu não vou entender... o que a gente precisa é conviver, é sentir os pontos que não estão sendo defendidos e deveriam, e procurar orientar" (B₂).

Boa vontade, disposição e colaboração substituem, num quadro de carências de todo tipo, mecanismos institucionais e comportamentos profissionais com demarcações claras de autoridade, atribuições e responsabilidades. E por essa via, o trabalho coletivo voltado para o público transforma-se numa questão de perfil individual, de moral, de vontade. Tal postura encontra reforço positivo na precariedade dos recursos humanos (quer em quantidade, quer em qualidade) e materiais, e por sua vez reforça o caráter assistencialista das políticas sociais - a saúde aí incluída. Obedecendo a uma lógica perversa, a precariedade das condições de trabalho justifica não assumir o trabalho como coletivo, numa relação entre cidadãos.

d.1.) Precariedade das condições materiais de trabalho: um problema que vem de cima.

A queixa fundamental e constante reside na questão de equipamentos e sua manutenção. Isso, no entanto, continua sendo um problema das outras instâncias - intermediárias e centrais. Constatação óbvia e corriqueira, chamando a atenção no entanto a frequência da comparação com o setor privado, onde as coisas em tese deveriam passar de outra maneira.

"Eu já falei sobre trabalho. Agora, equipamentos deixa muito a desejar. Você vê que nesta unidade onde a gente tem todos esses médicos, a gente está só com um estetoscópio. Foi solicitado, recebi a carta-resposta que eles já estão providenciando, o problema é falta de verba... O problema é aparelho médico, que vira e mexe quebra... Nós estamos sem autoclave e o que estávamos fazendo era simplesmente mandar para o hospital para esterilizar e depois voltar prá gente. Então há extravios também... A gente tenta levar com o que tem... Mas a gente comparando com a gente que trabalha em outras empresas, então você vê que é geral..." (B₃).

Ou ainda:

"Eu acho que o nosso trabalho em relação à clientela e em relação à proposta de trabalho, ela é boa... ela deixa a desejar em termos de equipamentos, medicamentos e material...." (A₂).

A centralização, entendida como natural e adequada, vem acompanhada da noção clara da hierarquia das instâncias de competência "superiores" na tomada de decisões:

"Por exemplo, falta de funcionários, isso aí é uma coisa que todo mundo vai mencionar porque há unanimidade. Falta funcionários em todas as áreas. estão sendo solicitados equipamentos... mas eles estão sendo enviados dentro da medida do possível, é lógico. O ERSA leva prá cima, para a Secretaria da Saúde. A gente sempre pleitea para ver se consegue, principalmente as inovações materiais mais sofisticadas, melhores, para poder fazer um melhor atendimento, porque embora a população seja carente, a gente quer fazer um atendimento merecedor "(A₄).

Nessa concepção hierarquizada, a clientela é carente, e não sobre, mas apesar disso, busca-se fazer um "atendimento merecedor", para o que, diante da falta de respaldo das instâncias superiores, a resolução de um problema, mais do que criatividade, depende de boa vontade:

"Às vezes um paciente passa mal e se tiver a boa vontade de quem que tiver automóvel, éle é levado no Pronto-Socorro " ou no hospital, ou para casa, senão..." (A₂).

"Chegam muitos casos que eu preciso remover com urgência para um Pronto-Socorro e eu não tenho como... quantas vezes eu não vou sozinha com o paciente no colo e o levo para o Pronto-Socorro Santa Casa. A minha sorte é que é só atravessar a rua".(A₄)

d.2.) A falta de integração do sistema de saúde: da falta de retaguarda ao abandono da periferia.

Ao discorrerem sobre o sistema de saúde esses agentes partem da sua realidade cotidiana e compõem um quadro que reafirma a defesa dos preceitos da saúde pública e do movimento sanitário quanto às questões da descentralização, hierarquização e integração do sistema.

No entanto, o ponto de partida é a percepção ao caráter estressante do trabalho nas unidades da periferia, exatamente pelo sentimento de impotência e insegurança extremamente agressivo a esses sujeitos. A impossibilidade de encaminhar minimamente a contento os casos trazidos pela clientela é um elemento recorrente no discurso; diante desse fato até a "boa vontade" se revela insuficiente:

"...Meu principal problema com a clientela não é propriamente com a clientela, é quando eu não consigo dar um encaminhamento. Por exemplo, chega aqui um paciente alcoólatra, vou dar um exemplo claro, que ele esteve aqui ontem me enchendo a paciência... porque não dá... ele é um paciente alcoólatra, hanseniano... ele está com problemas psiquiátricos, ele está com segregação da família, ele não trabalha... é um caso social claro. E eu não posso dar um encaminhamento ao caso, porque eu não tenho onde internar esse cara. A família não quer aceitá-lo. E daí a minha dificuldade de lidar com o caso, eu digo que enche porque eu não consigo resolver. Se eu conseguisse resolver, não teria

problema nenhum, mas tem esse tipo de caso que eu não consigo resolver... Tenho até medo quando meus funcionários vem me chamar para resolver um problema lá embaixo porque eu já sei que é pepino e dos grandes, e eu não consigo resolver..." (A₄)

Associada à falta de integração do sistema, o que deixa esses agentes sem qualquer retaguarda para o enfrentamento dos casos que surgem, associa-se o sentimento de abandono e insegurança:

Você trabalha numa área de periferia, jogado lá, abandonado, sem segurança nenhuma, sem material suficiente, sem nada, eu acho cachorrada do governo... Então, vem baleado, esfaqueado, tudo e você tem que atender esse pessoal sem condição nenhuma, às vezes, sem ambulância, sem nada, eu acho muito stressante, prá gente, pro médico, então eu prefiro pegar um Hospital de maior porte onde você tem condições de trabalhar com mais sossego. Então, eu já trabalhei em periferia prá ver se eu tinha mais sossego; é o contrário, periferia é muito mais difícil do que área central, eu acho que... na região periférica os médicos tem que ganhar muito mais, um estímulo prá permanecer nessa área. O P.A. (X) não tem um médico que pára lá, vai tudo embora porque ninguém aguenta trabalhar numa área sem segurança, sem retaguarda...; não pára médico, o médico fica dois, três meses, fica um pouco e vai embora, pede demissão..., não dá prá aguentar. Você tem toda vontade de trabalhar, quer fazer o bem, mas só que o governo não permite, então, muitas coisas, quem breca

não é o médico, médico é uma pessoa que quer fazer as coisas, mas eles não deixam fazer." (A₄)

Um paradoxo acaba por ter de ser enfrentado por esses agentes: enquanto a representação-matriz do funcionário público expressa a valorização da acomodação e da segurança (de emprêgo, do já instituído) ésses agentes se vêm diante de uma situação que muitas vêzes exige a criatividade, a imaginação, a improvisação porque a realidade é mais contundente; a isso, ademais, associa-se a insegurança gerada pela violência presente na periferia.

Diante disso, emergem dois elementos: a indicação da necessidade de integração entre serviços de distinta complexidade tecnológica, que permitiria (pelos relatos feitos, mas não expresso dessa forma) que a atenção de primeira linha se transformasse na porta de entrada do sistema. Reivindica-se a proximidade com hospitais, a integração com serviços equipados para exames de média complexidade tecnológica, o acesso a atendimento especializado, num sistema integrado de referência e contra-referência.

O segundo elemento, e que vai ao encontro de uma das premissas desta análise, consiste numa percepção que se torna uma reivindicação mais ou menos difusa, de que a absorção, por instâncias intermediárias e centrais, das experiências cotidianas dos profissionais que trabalham na periferia do sistema é um caminho na busca de maior eficiência e eficácia dos serviços de saúde:

"... é justamente o que a gente comentou, a solução é aqui nas unidades, então existe profissional que é administrador, mas ele não é médico, então a melhor maneira é colocar mais postos avançados e ter essas planilhas que estão sendo feitas e estudar com a gente, então, tenho a impressão que a gente vai conseguir melhores resultados..." (B₂).

E retorna, dessa forma, a representação da centralização como uma hierarquia dos que estão "lá encima" e deles, que estão "aqui nas unidades". Os "de lá" programam e fazem estudos, portanto, sem o conhecimento da realidade das unidades, e além disso esses estudos e programas tendem a se transformar num fim em si, e não num meio para atingir o objetivo da melhoria das condições de trabalho e de atendimento da população. Mas a política de saúde segue sendo de responsabilidade de uma entidade indiferenciada chamada "governo", e a atitude é de expectativa (passiva) de que as coisas se concretizem:

"Existem os programas que estão sendo integrados, que estão sendo feitos os estudos pelo CIMS, CRIS, pelos ERSAs. E a partir daí a gente vai ter um mecanismo de estudo de algumas planilhas, umas avaliações..., para poder ter um projeto, uma maneira de você agir, e o CRIS, CIMS, ERSAs estão fazendo isso. Existem os estudos, as produções, a capacidade física de cada unidade; o CRIS está fazendo isso e a partir daí vai ser feito um estudo; a intenção é muito boa, o governo está com intenção muito boa, o que a gente espera é que essa intenção não vá terminar num estudo, numa mesa muito grande, ela precisa terminar" (A₄).

Mas enquanto as coisas não se concretizam, a possibilidade de trabalho que mais se aproxime do padrão do mercado (sobretudo para os profissionais de nível universitário) e em ambientes menos expostos à violência da realidade social cotidiana da periferia continua sendo buscado, repondo-se assim o círculo vicioso da precariedade dos serviços destinados à clientela da periferia da cidade.

Nesse conjunto de depoimentos estão presentes os sentimentos de abandono, de impotência e de frustração amalgamados na consciência e vontade individuais de fundo ético-moral, delimitados pelas condições reais de trabalho, responsabilidade de um agente pouco definido - o "outro" - que pode ser governo, Estado, população, ou a miséria, no geral não diferenciados entre si.

e) A clientela: da passividade ao excesso de exigências

Se o trabalho, do prisma das condições de trabalho e da situação do funcionário público, não constitui um elemento que imprima um sentido à prática dos agentes de saúde, a relação da instituição com a clientela resulta extremamente ambígua.

É uma postura comum e presente em quase todos os depoimentos o sentimento de superioridade com relação à clientela, até mesmo quando se nega o estigma de "pobre", "ignorante", "burra";

"A clientela aqui, a classe é baixa, mas não é tão ruim assim..." (A₄).

"Acho que está dentro da média, é classe baixa..." (A₄).

Registram, com frequência, uma diferenciação da clientela por "nível" segundo o tipo de procura de atendimento:

"A gente tem atendimento para algumas pessoas diferenciadas, mas mais a nível de especialidade. Então, em oftalmologia a gente tem um pessoal de nível um pouco mais alto... cardiologia... na vacinação... Mas clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia é o pessoal da classe baixa mesmo que vem para cá..." (A₄).

Por outro lado, a clientela revela um saber próprio ao compor a cesta de serviços que procura, refletindo condições concretas de vida a que são submetidas:

"Muita gente caracteriza essa clientela como sendo uma clientela burra e eu não acho, eu acho que essa clientela aqui é muito inteligente. Sabe o que quer... porque pela experiência que eu tive... o pessoal da Zona... é um pessoal que... procura mais o serviço médico, mas não porque sente que é um direito dele..., porque ele tem fome, e está com diarréia, ele quer leite... Este pessoal aqui... reivindica atendimento..." (A₄).

Mas embora a clientela reivindique atendimento, e "saiba o que quer", sua desinformação com relação aos tipos de serviços prestados nas distintas unidades constitui um problema num duplo

sentido: tanto do ponto de vista de exigências improcedentes, quanto da ausência de pressão que ela possa exercer junto à unidade, e esta, assim legitimada, junto às demais instâncias competentes:

"Tem pessoas que exigem demais... É mal informação mesmo que eles tem..." (A₄).

"O problem, realmente, é informação... como aqui aparece gente de classe média até classe baixa, a gente tem que tentar uniformizar isso aí... Agora esse local tem realmente muito marginal... como eles pensam que a gente é pronto socorro... acontece de chegar aqui pessoas baleadas, machucadas... que levou uma facada... Então, realmente, você vê, tudo isso cai naquilo, mal informação... a caracterização que eu posso dizer de usuário é essa " (B₃).

Existe, ainda, uma outra diferenciação que se mescla com a anterior, mas agora relativa à educação e ao comportamento. Quanto a este último, existem "povos diferentes":

"Hoje mesmo estava resolvendo um caso... uma mulher estava reivindicando o direito dela ser atendida hoje, e ela não ia ser consultada porque na hora que a menina chamou para dilatar a vista da menina dela, ela tinha ido comprar... porque a menina estava com fome, então... se fosse o pessoal da zona... não faria o escarceu que ela fez aqui... é um povo diferente" (A₄).

Mas existe também a dimensão da conscientização da população sobre seus direitos, embora sua heterogeneidade e alta taxa de mobilidade exijam que frequentemente o profissional se transmude em detetive e até utilize recursos escusos para aumentar o grau de adesão da clientela aos programas de atendimento:

"Nós temos uma população muito miscigenada, uma população que está há algum tempo e está conscientizada, e tem população que está aqui há algum tempo e está alienada, tem população que está alienada que vem do nordeste que é a nossa grande população daqui, que ainda não se entrosou, que ainda não aprendeu a viver em São Paulo, não sabe se algum dia vai aprender; às vezes morre antes. Então devido ao fato de, historicamente, existir deficiência desde estradas, avenidas, de escolas, de atendimento médico, médicos, engenheiros, de profissionais de interesse, não é que é de agora, não da política de agora, devido a isso há um índice de abandono muito grande dos programas. O que prende o nosso paciente ao centro de saúde, na verdade, é uma coisa que vamos dizer assim, teoricamente, seria uma imbecilidade, a pessoa vai lá por causa do leite, ela não vai procurar remédio, vai lá procurar leite, arroz, feijão, e a gente aproveita para inscrever elas nos programas e isso é premeditado, realmente é; infelizmente é isso que acontece" (B₂).

"Você não mora aqui, mas você quando vem para cá, você falou que quem não conhece aqui se perde; realmente não se acha, .., a pessoa te dá o endereço e você não acha. Há um abandono de hanseníase e você não acha, há um caso na escola e você encontra a

criança que tem escola, mas não encontra a casa da criança. Então, você tem que ter um instinto, um pensamento de investigador, vamos dizer, para achar, então nós temos uma população hoje mais bem conscientizada, em compensação." (B₂)

A mobilização e participação da população em torno das questões da saúde são valorizadas para se conseguir recursos materiais e humanos e legitimar demandas dos serviços junto às outras instâncias, assim como o trabalho junto à população surge por vezes como um forte elemento que imprimir um significado alternativo ao meramente burocratizado à prática desses agentes. Claro que enquanto no primeiro caso a ênfase é o trabalho com a população, no segundo ele diz respeito mais à concepção da saúde como um direito.

Um exemplo do primeiro caso, onde a dinâmica, no âmbito da representação do agente de saúde, se configura como despolitizada:

"Olha, é muito importante... a comunidade é muito forte... tudo que tem este Posto, foi a comunidade que conseguiu... através do Serviço Social vem vindo os casos... ela vai levantando os casos, ela já está nessa comunidade faz uns 19 anos... ela mora lá, conhece todo mundo... Ela conhece as pessoas, armou uma comissão e essa comissão representa as pessoas... O que eu percebi foi numa reunião só, que elas reivindicaram tudo que elas podiam... E elas conseguem reivindicações... a gente falou com eles, orientou eles... fizemos um documento com eles, para eles levarem... E são muito fortes... eu senti uma força, fé, um pedido

muito deles... e eu acho que muitas coisas eles já conseguiram... Eles se organizam em torno da Igreja... ah... tem partido também. Tem uma associação de moradores do núcleo da Igreja... Tudo se resolve a nível do núcleo da Igreja, não tem uma sede... Outras coisas... como partido não sei... Eu estive só nessa reunião, eles me pediam, eu respondia... eu vou ter outras..." (A₃).

Eis, agora, um exemplo da segunda situação, na fala de um outro profissional:

"Olha... acho que só tem significado na medida que a participação da população se faça... que tenha significado social. Porque da forma que (o serviço) está implantado, de cima para baixo, o significado dele é um significado muito... paliativo... Quase que o governo, para não dizer que está fazendo genocídio, tem que criar uma situação, algum tipo de serviço para a população que não tem aonde cair morta. Então criam-se essas unidades de saúde, que tem na própria população a impressão que é uma instituição de favor. Então... na hora que a população toma consciência da sua cidadania, dos seus direitos, que saúde é um direito de todos, e um dever do Estado, passa a ter um significado realmente correto, um significado positivo, progressista. Aqui neste... a gente está tentando trazer a população para estar discutindo... agora nesse fim-de-semana, temos uma reunião com a população... Então eu acho que a organização com a comunidade ganha um sentido progressista, um sentido real, conseqüente. Sem essa participação... ela tem um sentido burocrático e paliativo..." (A₃).

Esses temas recorrentes nos vários depoimentos nas suas múltiplas vertentes revelam a realidade da prática institucional dos agentes a partir das representações que constroem com base no seu cotidiano.

A análise desses dados revela a não configuração do profissional da saúde como trabalhador coletivo; a tendência à individuação da conduta profissional como estratégia de auto-defesa diante da carência institucional e da clientela, o que redundava na representação do trabalho no setor público de saúde como um trabalho voluntário; e finalmente, uma ambigua e ambivalente representação da clientela: suporte necessário para implementar uma nova lógica ao serviço e ao mesmo tempo um obstáculo a mais à sua já precária eficiência. Tudo isso converge para um ponto básico nesta análise: a necessidade de um projeto coletivo para imprimir à prática dos agentes de saúde um sentido que não se reduza ao ritual burocrático e burocratizado.

Essa realidade aponta, no entanto, para a necessidade da busca de processos e mecanismos sociais que revertam a lógica da reprodução da carência e dos carentes na especificidade do setor saúde, e que não podem se limitar à reformulação organizacional e institucional do sistema de saúde, mas diz respeito à democratização do próprio serviço. Caso contrário, descentralização, hierarquização, integração e autonomia local correm o risco de verem seus reais conteúdos esvaziados do sentido da constituição da atenção à saúde como direito do cidadão.