

**FARMACÊUTICOS E MÉDICOS E PESSOAL DE ENFERMAGEM:
UM ENFOQUE ANTROPOLÓGICO SOBRE O CAMPO DE PRESTAÇÃO
DE SERVIÇO DE SAÚDE EM PAULÍNIA**

**CADERNO
DE
PESQUISA
Nº 19**



UNICAMP

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS – UNICAMP
NÚCLEO DE ESTUDOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS – NEPP
1990**

**MARCOS DE SOUZA QUEIRÓZ
ANA MARIA CHIARINI**

Instituição responsável Núcleo de Estudos de Políticas Públicas- NEPP - NICAMP

Coordenador do NEPP

Prof. Dr. Pedro Luiz Barros Silva

Coordenador Associado

Profa. Dra. Gilda Portugal Gouvêa

Centro interdisciplinar de pesquisa especializado em estudos e investigações de acompanhamento, monitoramento e avaliação de políticas e programas governamentais. Entre suas preocupações e interesses prioritários, destacam-se as avaliações de processos de implementação de reformas e inovações de *policies* e de programas e projetos de enfrentamento da pobreza. No período recente, desenvolveu, entre outros os seguintes projetos:

- Avaliação da Descentralização de Recursos do FNDE e da Merenda Escolar. Convênio INEP/MEC (1997-1998).
- Desenho e Implantação de Estratégia de Avaliação dos Programas Sociais Prioritários do Governo Federal Brasileiro. Convênio BID/UNESCO/Gov. Brasileiro (1998).
- A Educação básica e secundária no Brasil: evolução recente. Convênio MEC/UNESCO (1997).
- Avaliação da Descentralização das Políticas Sociais no Brasil: Saúde e Educação Fundamental - estudos municipais. Convênio Cepal (1997).
- Avaliação do Processo de Implementação do Projeto "Inovações no Ensino Básico" e de algumas Medidas da Escola-Padrão no Estado de São Paulo. Convênio BIRD (1994/1996).

Os cadernos de Pesquisa do NEPP, escritos pelos professores, pesquisadores, estudantes de pós-graduação, e outros membros associados, aparecerá intermitentemente. Alguns serão comunicações de pesquisa preliminares em andamento, ou explorações de idéias teóricas, e a sua publicação visa a estimular discussão e gerar críticas úteis. Como resultado de tais discussões e críticas, é provável que apareçam publicações de versões mais elaboradas em outra parte.

Núcleo de Estudos de Políticas Públicas - NEPP

Diretora

Sônia Miriam Draibe

Conselho Editorial dos Cadernos de Pesquisa do NEPP

Argelina Maria Cheibub Figueiredo

Célia Soibelman Melhem

Editor

Marcos de Souza Queiroz

Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP

Reitor

Carlos Vogt

Coordenadoria Geral da Universidade

José Martins Filho

Pró-Reitoria de Extensão

Adalberto B. M. S. Bassi

Pró-Reitoria de Graduação

José Dias Sobrinho

Pró-Reitoria de Extensão e Assuntos Comunitários

César Francisco Ciacco

Pró-Reitoria de Pesquisa

Armando Turtelli Júnior

Pró-Reitoria de Desenvolvimento Universitário

Carlos Eduardo do Nascimento Gonçalves

Núcleo de Estudos de Políticas Públicas – NEPP

Equipe Técnica

Coordenador: Prof.a. Dra. Sônia Miriam Draibe

Coordenador Conjunto: Prof.a Dra. Maria Helena Guimarães de Castro

Conselho Técnico: Prof.a Dra. Ana Maria Caesqui

Prof.a Dra. Argelina Figueiredo

Prof. Dr. Vilmar Faria

Pesquisadores:

Ana Maria M. da Fonseca

Ana Luiza D'Ávila Viana

Célia Soibelman Melhem

Cibele Andrade Macchi

Eduardo G. Noronha

Ester A. Viana

José Roberto Ruz Perez

Marcos de Souza Queiroz

Maria Erlinda B. Cassab

Marta Tereasa S. Arretche

Sônia Maria de Carvalho

Estagiários:

Beatriz C. Porto

Enio Samuel Lorenzetti

Gabriela S. Taronco

Isabel Ferreira

Lara A. Clivelaro

Lucas A. Callegari

Luciana Bernardo Miotto

Marisa Guimarães

Marisa R. R. do Nascimento

Vinicius Casas

William Lonzar

Apoio Estatístico, Operacional e processamento de Dados:

Isabella Carvalho Breves

José Luiz Llamas Carrillo

Maria Aparecida Godoy Marques

Maria de Fátima C. Barros Silva

Stella M. Silva Telles

Apoio Técnico-Administrativo

Gerência de Pesquisa: Silvia M. P. Véspoli Godoy

Gerência Financeira: Maria Elvira Salles Mazzucchelli

Elizabeth de Moraes Ferrari

Ortência L. Martins Freitas

Sônia Maria da Silva

Farmacêuticos e médicos: um enfoque antropológico sobre o campo de prestação de serviço de saúde em Paulínea ¹

Marcos de Souza Queiroz ²

Ana Maria Chiarini ³

1. Introdução

Este artigo pretende analisar os farmacêuticos, os médicos da rede pública e os médicos da rede privada, ou seja, os principais agentes que constituem o campo oficial de oferta de serviços de saúde em Paulínea. Receberá atenção especial a maneira como eles apresentam-se diante da população consumidora, como praticam as estratégias de venda de seus produtos, como manipulam os símbolos sociais pertinentes e, finalmente, com interação entre si, formando jogos de aliança e rivalidade.

Paulínea, situada a 14 quilômetros de Campinas, tem hoje cerca de 40 mil habitantes, tendo sofrido uma intensa transformação sócio econômica a partir da década de 70, com a instalação de muitas indústrias de grande porte em torno da Refinaria da Petrobrás. Hoje, com a grande maioria da população constituída de imigrantes, 46% da população economicamente ativa do município é empregada no setor industrial e apenas 12% no setor agrícola.

A riqueza proporcionada pelas suas várias indústrias propiciou um nível relativamente alto de investimento do poder público na área social, produzindo um bom nível de prestação de serviços. No que diz respeito à saúde, tendo como referência a média do país, a cidade é particularmente bem dotada, sendo que praticamente toda a sua população conta com a disponibilidade de serviços médicos gratuitos.

De acordo com a Fundação SEADE, a mortalidade infantil (um índice importante para medir o nível de saúde de uma população) em Paulínea era, em 1970, de 114,9/1000. Em apenas 10 anos, este índice extremamente elevado despenca abruptamente para 38,9/1000 e continua caindo até atingir 30,3/1000 em 1983. Estes números expressam dramaticamente o impacto no nível de saúde da população produzido por fatores tais como a criação de uma infra-estrutura urbana e de saneamento básico, a formação de uma rede

¹ Este artigo foi desenvolvido a partir do relatório de pesquisa Queiroz e Chiarini, 1990, sendo que os dados foram colhidos ao longo do ano de 1989.

² Doutor pela Universidade de Manchester, Inglaterra, pesquisador do Núcleo de Estudos de Políticas Públicas da Unicamp.

³ Graduada em Ciências Sociais e Mestranda em Antropologia Social pela Unicamp.

de serviços públicos de saúde e o aumento do poder aquisitivo proporcionado pelas grandes indústrias às massas trabalhadoras.

A metodologia de pesquisa seguiu o parâmetro antropológico que privilegia o aspecto qualitativo e enfatiza a profundidade das informações em detrimento da sua extensão. As entrevistas, com um roteiro aberto, permitindo ao entrevistado expressar-se de um modo pouco dirigido sobre os mais diferentes tópicos de suas atividades profissionais, constituíram a matéria-prima básica para o trabalho de análise.

Foram entrevistados 11 médicos da rede pública, 2 da rede privada, 14 farmacêuticos ou práticos de farmácia, 2 enfermeiras e 3 atendentes de enfermagem. Na maioria dos casos, uma única entrevista de aproximadamente 2 horas foi suficiente para coletar o material necessário. Além disso, enquanto parte de um projeto maior de pesquisa, 40 famílias de dois bairros de camadas trabalhadoras de Paulínea foram acompanhadas e observadas durante um ano no que diz respeito às suas representações e práticas referentes à saúde e a doença. Este acompanhamento, realizado imediatamente antes de iniciar as entrevistas com os agentes institucionais, permitiu estabelecer uma base sólida sobre os principais problemas de relacionamento desses agentes entre si e entre cada um deles e a população consumidora de seus serviços.

O cruzamento das várias entrevistas permitiu distinguir a representação meramente subjetiva daquela que realmente tocava os aspectos mais estruturados e objetivos da realidade estudada. Trechos destas entrevistas foram selecionados e serão transcritos adiante neste artigo.

Teoricamente, esta pesquisa assume que o nível das representações dos profissionais pesquisados são consideradas não como um aspecto secundário da superestrutura social, mas enquanto componente cultural, um aspecto indissociável da infraestrutura de produção e, portanto, crucial para o rumo de desenvolvimento futuro de um sistema de saúde a ser implantado no Brasil.

1. Os Farmacêuticos

Paulínea conta com treze farmácias funcionando, sem considerar a do Centro de Saúde que fornece aos clientes alguns medicamentos gratuitos, um número significativo para o tamanho da cidade. Até 1980, havia somente 5 farmácias, sendo que, portanto, 8 foram abertas nos últimos 9 anos. Informalmente, comenta-se que mais duas farmácias estão para ser inauguradas a qualquer momento. As farmácias do centro da cidade são em geral maiores e com melhores instalações. Ao todo, elas somam 8, estando o restante nos bairros, geralmente com instalações e estoques menores.

Além de vender medicamentos, todas essas farmácias oferecem serviços de consulta para diagnósticos e tratamento de doenças por um prático que não tem qualquer formação médica ou mesmo farmacêutica. O motivo que todos os seus proprietários encontram para justificar este tipo de serviço diz respeito a uma questão humanitária na qual, diante da ineficiência dos serviços públicos de saúde e do sofrimento dos pacientes, eles não podem se omitir. Embora reconheçam que se trata de uma atividade ilegal, nenhum farmacêutico demonstrou qualquer receio ou constrangimento em revelá-la ou assumi-la de um modo surpreendentemente franco.

Todas as farmácias vendem medicamentos industrializados da medicina alopática, sendo que apenas duas comercializam também homeopáticos, porém como uma proporção insignificante de seus negócios. De um modo geral, elas apresentam um balcão, de frente para a rua e de costas para prateleiras repletas de medicamentos, onde o atendimento é feito. Numa sala reservada, a consulta e a aplicação de injeções tem lugar.

Paulínea, como já foi mencionado, teve um crescimento muito grande nas últimas duas décadas, envolvendo transformações significativas nas dimensões econômicas, sociais e populacionais. Não obstante este processo de modernização, um fato constatado por esta pesquisa é que, embora intensas em muitos outros aspectos, estas transformações não chegaram a modificar fundamentalmente o papel desempenhado pelo farmacêutico, apesar de efetivamente ter contribuído para restringi-lo.

De um modo geral, as farmácias em Paulínea tem se mostrado como um negócio próspero, com o farmacêutico se posicionando socialmente como de camada média-alta, freqüentemente com elevado prestígio social e político no município. O faturamento médio mensal das maiores chega a 350 salários mínimos, um número que nos últimos anos vem crescendo constantemente em termos reais. Os empregados com experiência em diagnóstico e tratamento de doenças são disputados pelo mercado e chegam a ganhar mais de 10 salários mínimos por mês.

Uma fonte importante de lucro das farmácias é a venda de medicamentos de laboratórios menores considerados poucos sérios, que, para competir com os laboratórios maiores, considerados sérios, oferece aos farmacêuticos uma margem de lucro muito mais ampla. Quase todos os farmacêuticos se acusam mutuamente de recorrer a este expediente inescrupuloso. Ao mesmo tempo, eles consideram a sua própria prática como honesta e séria, uma exceção num ambiente perverso onde o lucro se realiza às custas da saúde da população.

Por muito tempo, o farmacêutico foi o único agente que intermediava o conhecimento científico oficial com os problemas de doenças da população, uma vez que a presença de médicos era rara e esporádica na cidade. O farmacêutico mais antigo de Paulínea, Sr. N., 60 anos, lembra que começou sua carreira em 1945 trabalhando como auxiliar na farmácia de um parente seu, a primeira em Paulínea, existente desde 1927.

Enquanto nela trabalhava, fez um curso prático de farmácia que, de acordo com a lei da época, lhe permitiu ser responsável pelo estabelecimento quando o tio se aposentou. Atualmente, ele é responsável técnico por outras duas farmácias que passou para seu filho e sobrinho depois de ter contribuído para sua formação.

Sr. N. considera-se muito bem sucedido na profissão. Sinais de prosperidade e de prestígio social são, de fato, visíveis. Por um tempo considerável foi ele a única pessoa com experiência em medicina disponível para cuidar da população de Paulínea. Até recentemente os médicos vinham de Campinas no máximo duas vezes por semana e faziam as consultas numa salinha ao lado de sua farmácia. Atendiam os pacientes e lhe deixavam recomendações em indicações no acompanhamento dos casos. Os pacientes levavam os remédios, e, em muitas vezes, voltavam a procurá-lo, obrigando-o a tomar várias iniciativas quanto ao tratamento. Os casos mais simples, ele mesmo atendia sem esperar pelos médicos e, quando havia qualquer complicação, telefonava para um deles. Assim, com essa retaguarda, ele foi adquirindo a sua experiência e se afirmando com legitimidade diante da população. Em nenhuma ocasião entrou em conflito com os médicos.

O seu trabalho exigia uma grande dedicação. Era comum ser acordado no meio da noite para atender pacientes na sua própria casa ou em fazendas ou bairros distantes. Chegava a consultar uns 60 pacientes por dia, sendo que, muitas vezes, não encontrava tempo para almoçar. Não havia como se esquivar da responsabilidade dizendo “não posso, vai procurar outro”, simplesmente porque não havia outro. Lembra que chegou a passar várias noites com pacientes que tinham que tomar injeção de penicilina a cada poucas horas. Em casos mais graves, quando percebia que não podia fazer nada, levava o doente em Campinas em seu automóvel.

Atualmente, Sr. N. já reduziu muito suas atividades, embora continue clinicando. As farmácias de seu filho e sobrinho, assim como a sua, atendem uma média de 25 pacientes por dia. A maior parte dessas consultas é realizada pelos gerentes ou por alguém especialmente contratado para essa atividade.

Quanto às demais farmácias, apenas uma chega a atender tantos pacientes. No entanto, praticamente todas elas exercem este tipo de atividade e competem entre si pelos clientes. Num sentido limitado, algumas delas chegam a se especializar como, por exemplo, em doenças de crianças ou em doenças venéreas masculinas. Os medicamentos vendidos são todos eles industrializados, sendo que os homeopáticos não são comercializados devido à falta de demanda por eles.

Um hábito amplamente utilizado pela população é o consumo doméstico de ervas medicinais, usadas como chás no tratamento de doenças e indisposições. Em geral, com a exceção de um funcionário de farmácia que adota e aconselha esta prática, embora não a comercialize, este hábito é aceito com reservas pelos farmacêuticos, que consideram

seu uso inócuo na maioria das vezes, embora haja o reconhecimento de que elas possam ajudar psicologicamente no tratamento de uma doença. Já a oração e o benzimento religiosos, também amplamente empregados pela população, foram considerados práticas que podem produzir bons resultados, seja pela disposição psicológica favorável a que induz, seja porque realmente ocorreria intervenção positiva das instâncias sobrenaturais.

Um elemento a unir todos os farmacêuticos num coro comum é a atitude francamente desfavorável com relação aos Postos e Centros de Saúde da cidade. Em geral não se aceita o procedimento dos médicos desses serviços. O problema mencionado refere-se ao fato de que esses profissionais esperam demais para efetuar o tratamento, deixando o paciente muito tempo em observação sem medicamento permitindo, assim, o caso se agravar e o risco de não haver mais tempo para curar. Foi revelado, nesse particular, que a maioria das pessoas que procuram o Centro ou os Postos reclamam muito disso com razão, uma vez que elas só recebem AAS e soro como tratamento, apesar de se encontrarem realmente doentes.

Por causa dessa atitude, o número de pessoas que procura por um farmacêutico depois de uma consulta no Posto por considerá-la insatisfatória é grande o exemplo de mães que, por não se conformarem em levar o filho doente para casa só com uns comprimidos de AAS na mão, passam na farmácia logo após terem recebido atenção no Posto de Saúde foi amplamente reportado pelos farmacêuticos. Lá, em contraste, eles revelam prestar um serviço muito mais atencioso e competente, onde o exame minucioso do corpo do paciente é considerado muito importante porque é exatamente o que os clientes reivindicam e os médicos não fazem. O doente, a partir disso, volta para casa satisfeito e confiante de que foi bem examinado e bem medicado. A questão das vitaminas e dos medicamentos “populares” é outro ponto importante na postura dos farmacêuticos como revela a entrevista abaixo:

“Não se trata de encher os pacientes de comprimidos e injeções, mas o médico tem que ter o bom senso de pesar bem a situação e dar os medicamentos necessários. Sei que os médicos, hoje em dia, não receitam mais vitaminas, mas acho errado. Os médicos dizem que só o repouso cura, mas não é verdade. O paciente que não toma vitamina para ativar o fígado não consegue controlar a infecção. Ele pode até sarar, mas seu fígado será sempre delicado, às vezes petrificando cronicamente. As vitaminas e fortificantes são também importantes tanto no tratamento de anemia como para as pessoas mais idosas que já não fabricam certas substâncias no organismo. O Biotônico Fontoura é muito bom para abrir o apetite e tem muito ferro, ajuda a engrossar o sangue. Eu mesmo tomo “Elevit Geriátrico” há alguns anos porque, com a minha idade, a gente precisa se cuidar.

“Conheço bem a população e, do jeito que esse pessoal é desleixado, se eles vão ao médico é porque tem alguma coisa. Essa moda dos médicos dos Postos de Saúde de

sempre dizer que o paciente não tem nada e de não medicar pode ser muito nociva. Além disso, como a maioria é pobre e a água da cidade é ruim, todos sempre tem algum verme. Acho que numa situação destas, o médico deveria pedir alguns exames e com certeza descobriria o problema.”

Se não se consideram médicos, os farmacêuticos tendem a agir como tais, competindo com eles pelo mesmo serviço e pela mesma clientela. A entrevista abaixo chega a ser mais agressiva e radical em sua oposição aos médicos do Posto de Saúde:

“Os médicos do Centro e dos Postos não são considerados bons pela população. Só pelas receitas é possível perceber isso. Eles só sabem receitar Benzetacil e AAS para todos os casos. Dor de barriga, unha encravada, resfriado e queda de cabelo, tudo é a mesma coisa para eles. Parece que eles não conhecem outros remédios. Quando alguém chega com uma receita do Centro de Saúde não é preciso pegar para ler. Sou capaz de adivinhar. Não considero o Benzetacil um bom medicamento. Existem muitos outros antibióticos mais modernos e bem mais eficazes.

“Por causa desta situação, as pessoas quando vêm à farmácia reclamam e xingam muito, principalmente as mães com crianças doentes. Ninguém gosta de ir ao médico e voltar para casa com o filho doente e uma receita de AAS e Rinosoro no bolso. O problema é que os médicos do Centro de Saúde são quase todos estudantes da Unicamp, mocinhos muito jovens, sem experiência alguma.

“Faço consulta para cerca de 80% das pessoas que entram na farmácia. Uma boa parte delas é de gente insatisfeita com o atendimento do posto de Saúde. Esse posto aí de baixo, por exemplo, nem sei porque existe, não serve para nada, muitos clientes já vieram me pedir para dar queixa ao prefeito, mandar esses médicos embora, mas eu sozinho não posso fazer nada, é por causa desse péssimo atendimento que Paulínea tem 13 farmácias e nenhum farmacêutico não morre de fome. O movimento da farmácia, mesmo com essa crise econômica, só vem aumentando.

“Eu não dou palpite com os remédios receitados pelo Posto, mas se o cliente quiser que eu consulte, eu rasgo a receita e faço de novo a consulta. Eu não misturo os remédios indicados pelo Posto e os indicados por mim. Eu também não influencio o paciente na sua decisão de adquirir os medicamentos receitados pelos médicos do Posto de saúde. Para isso, tenho um grande estoque de AAS e Rinosoro, porque é só isso que eles sabem receitar.

“Às vezes, tem gente que aparece aqui às 10 horas da manhã com um problema de saúde. Eu examino, e, se a pessoa estiver muito mal, mando para o posto porque eu não quero assumir responsabilidade. Lá pelas 3 da tarde, depois de conseguir ser

atendida, geralmente ela volta com muita raiva e uma receita de AAS. Daí eu tenho que atendê-la de qualquer jeito.”

Com relação aos médicos particulares da cidade, os farmacêuticos em geral mostraram uma atitude totalmente favorável, principalmente com o Dr. R. (ver entrevista na próxima seção) que (com exceção de dois encarregados da farmácia que denunciam nele uma prática de super medicalizar o paciente) é considerado um excelente médico. As entrevistas abaixo ilustram esta atitude de aliança:

“Quanto ao Dr. R., muita gente gosta dele e outros odeiam. Acho que os que o odeiam não entendem nada de saúde ou medicina porque ele é muito competente. Nunca o vi comete nenhum erro mais grave, e, por isso mesmo, sempre confiei nele. Por sua receitas, percebo que ele conhece mais medicamentos para cada caso de doença que os médicos dos Postos de Saúde. Por isso, quando alguém vem á minha farmácia com um caso mais complicado, se eu fico na dúvida quanto ao tratamento a ser ministrado, então recomendo que procure esse médico. Ao mesmo tempo, não aconselho ninguém a ir ao Centro ou aos Postos de Saúde”.

“Quando me aparece um caso sério, eu mando para o Dr. R. se o paciente pode pagar. O pessoal chama o Dr. R. de açougueiro porque qualquer coisinha ele já vai metendo a faca, operando. Pode ser que seja verdade, porque com operação ele ganha mais. Só posso dizer que as receitas dele são muito boas.”

Ao mesmo tempo em que os farmacêuticos se unem quando tem como referência os médicos da rede pública, quando têm por referência o relacionamento entre si, uma intensa rivalidade e competição pelo prestígio da clientela são reveladas. Uma forma de expressão comumente manifesta dessa rivalidade e competição ocorre em se louvar a honestidade de seu próprio trabalho e, ao mesmo tempo, lançar dúvidas a respeito dos demais. A principal prática que serve como objeto de acusação nesse sentido é a de empurrar para o paciente o maior número possível de remédios, principalmente aqueles provenientes de laboratórios nem sempre escrupulosos quanto ao conteúdo de seus medicamentos, mas que oferecem uma margem de lucro muito maior para o farmacêutico. A entrevista abaixo é reveladora:

“Eu não tenho vantagem nenhuma de trabalhar honestamente, pelo menos, até agora não tive. Sei de muitos balconistas que substituem listas inteiras remédios de uma receita médica. Cada remédio “de linha” (de laboratório confiável) receitado pelo médico é substituído por um similar e com nome parecido. Por exemplo, Bactrim se transforma em

Bacectrim e para cada Bacectrim comprado pela farmácia, o farmacêutico ganha outro grátis do laboratório farmacêutico. É comum os donos de farmácia pagarem 20% do preço do remédios para o balconista que consegue empurrar tal medicamento. Dificilmente uma pessoa instruída cai nesse conto, mas a população mais pobre é lograda com facilidade. No caso de consulta com o próprio farmacêutico, aí a situação é ainda mais fácil para ele empurrar esse tipo de medicamento.

Quase todos os farmacêuticos em Paulínea usam essa tática e mente quem disser o contrário. Seria bom se a Universidade pudesse informar os postos e os médicos dessa situação e pedir para eles prevenirem a população a respeito. Seria bom também se os médicos escrevessem as receitas com letra mais legível para que o paciente pudesse constatar a diferença do nome do remédio aconselhado pelo médico e o vendido pelo farmacêutico, e, assim, dificultar o logro.

“Eu já recebi ofertas para trabalhar em outras farmácias com salário e comissões melhores do que recebo nesta, mas eu recusei por causa desta prática. Assim, eu não vou, podem me oferecer quanto quiser. O que dá raiva é que eles não trabalham honestamente e ganham mais dinheiro do que a gente. Um dos que me fizeram uma oferta acabou uma filial de sua farmácia. Ao que tudo indica, ele está ficando cada vez mais rico.”

Uma preocupação comumente levantada pelos farmacêuticos diz respeito à importância dada à confiança do cliente não só em sua prática como também em sua pessoa. Sem essa confiança, não se acredita que haja clima para se diagnosticar e tratar de qualquer doença. Por isso esforçam-se para ser pessoas bem relacionadas e com prestígio social. Alguns mais tradicionais chegam a alimentar a crença popular de que são de fato médicos ou quase médicos. De qualquer maneira, os farmacêuticos investem muito mais na sociedade, no meio social mais imediato e no próprio paciente do que fazem os médicos da rede pública de serviços de saúde.

Um dos aspectos do investimento realizado pelo farmacêutico na sua clientela é a consulta, que, muitas vezes, inclui exame clínico do corpo e da mente do paciente. Pelo tempo que consome, a oferta desse tipo de consulta não é uma atividade necessariamente rendosa para o farmacêutico. O seu interesse nesse tipo de atividade é apenas indireto, uma vez que é através desse recurso que a farmácia alcança prestígio junto à população consumidora de medicamentos. Assim, é do maior interesse do proprietário da farmácia contar com um funcionário com prestígio que ofereça esse tipo de atenção à clientela. A entrevista abaixo mostra aspectos interessantes nesse particular:

“Também atendo muitos casos de depressão e crises nervosas. Na sala de consultas, o paciente fala, fala, fala. A gente deixa de atender um, dois ou mais fregueses e não adianta fazer nada a não ser ouvir com muita paciência as histórias que ele conta.

Eu não posso resolver esses casos, não posso ficar medicando nem posso mandar o paciente embora. A gente sabe que ele tem problema de família, de trabalho e de dinheiro e não tem maneira de resolver. Às vezes ele sai aliviado depois de ter posto para fora todos os seus problemas; outras vezes, eu tenho que providenciar um calmante e esperar que o problema resolva se resolva por si mesmo.

“Comecei a trabalhar nessa farmácia porque o seu proprietário não me pressiona a vender medicamentos e a diminuir o tempo de atendimento a cada cliente, como ocorria na farmácia anterior que eu trabalhei. Eu converso muito com os pacientes, pergunto tudo e oriento direitinho. Gosto de ensinar tudo o que aprendi quando trabalhei no Posto de Saúde. Muita gente me diz que o médico não pergunta nem metade das coisas que eu pergunto quando dou consulta. Por causa desse bom atendimento que procuro dar, as pessoas voltam e mandam conhecidos. Por isso, meu serviço tem aumentado constantemente.

“Eu também gosto muito de receitar remédios caseiros. Sempre aconselho a tomar analgésicos com um chazinho e ensino várias receitas. Outro dia ensinei um senhor que veio aqui com erisipela a fazer compressas de folha de losna. Funciona mesmo. Na minha casa, faço xarope para muitas mães pobres que não podem comprar remédio. Já aconteceu de eu também aplicar 15 injeções num Domingo, quase todas para doentes pobres que não podem gastar com aplicação em farmácia. Eu faço parte da Comunidade de Amigos de Bairro do João Aranha e tenho tentado melhorar essa situação. Foi a gente que conseguiu a ambulância para o bairro.

“A população está desesperada com essa situação de mau atendimento médico. Nesse fim de semana começa nosso plantão na farmácia que fica aberta até as 10 horas da noite. A procura por atendimento é tanta que não consigo sentar uma noite sequer. Fico que não agüento as minhas pernas de tanto trabalho.”

1.1 Discussão

Concentrando a análise nas entrevistas transcritas acima, verificamos que elas mostram vários aspectos importantes do universo de saúde e doença em Paulínea. Mostram, em primeiro lugar, que o farmacêutico, embora tenha perdido alguns aspectos de suas antigas atribuições, em função da maior disponibilidade de médicos na cidade, ainda mantém uma importância considerável como agente de saúde, exercendo forte influência no comportamento da população.

No entanto, é um fato que o declínio da profissão de farmacêutico, enquanto consultor sobre tratamento de saúde em farmácias, ocorre em todo lugar em que se verifica a presença de médicos e de um sistema organizado e eficiente de saúde. Somente quando da ausência ou do acesso difícil a estes últimos, o farmacêutico é visto como possuidor de

informações especializadas em medicina ou em medicamentos com competência de diagnosticar e tratar doenças. A industrialização cada vez mais intensa dos medicamentos significa um fator adicional a restringir o papel do farmacêutico ao de mero vendedor de remédios, ou de um homem de negócios, ao invés de um agente de tratamento e cura de doenças legitimamente reconhecido.

É de se supor que as modificações sociais e econômicas em curso em Paulínea apenas iniciaram as transformações que levariam o farmacêutico a ser privado de seu papel tradicional de agente de cura. É, nesse sentido, tentador explicar a persistência desse papel ao fato de que os profissionais mais conhecidos e procurados exercem sua atividade por muito tempo na cidade, tendo adquirido grande respeito e consideração por parte da população. Neste contexto, o seu papel seria mantido como uma sobrevivência de uma manifestação tradicional que tenderia a se extinguir naturalmente quando os farmacêuticos mais conceituados se aposentassem. Ou ainda, quando novos hábitos, relacionados com a verificação de que médicos são mais competentes para lidar com problemas relacionados com saúde e doença, se fortaleçam entre a população.

Segundo essa hipótese, não haveria como uma prática arcaica, contrária a moderna organização do serviço médico e a vários outros aspectos relacionados com um meio urbano complexo inserido num contexto de desenvolvimento econômico e social, processos esses que efetivamente ocorrem na região, possa conseguir sobreviver.

No entanto, temos razões para pensar que a situação apontada acima é insuficiente para explicar o que de fato ocorre com os farmacêuticos de Paulínea. Nada indica, por exemplo, que a população deixará de recorrer a eles quando aqueles mais tradicionais se aposentarem. Pelo contrário, alguns dos mais novos são procurados pela população, sugerindo efetivamente que ocorre um processo de treinamento e substituição dos mais antigos.

Para entender essa situação discrepante de vários outros contextos urbanos modernos, é necessário focalizar o significado da presença dos Centros e dos Postos de Saúde na cidade. Muito deste significado será melhor analisado quando entrar em cena a análise dessa instituição política e dos médicos nela envolvidos, o que faremos adiante. No momento, podemos adiantar que a intensidade com que a rede de serviços públicos de saúde se apresenta diante de uma população constitui um fato novo no Brasil, principalmente se for levado em conta que a medicina por ela praticada, em vários aspectos, se coloca afastada do centro de influência da medicina capitalista no País.

A presença desses médicos, com uma formação contrária a muitos interesses da indústria farmacêutica e do complexo médico-hospitalar, introduziu uma forma de terapêutica que envolve o uso de poucos medicamentos, apenas quando forem realmente necessários, no tratamento de doenças.

Evidentemente, este procedimento contraria a cultura da excelência tecnológica de medicamentos industrializados no tratamento de doenças, cultura esta profundamente arraigada entre a população pela propaganda, contraria também a prática dos médicos particulares que tem interesse em difundir esta cultura, e principalmente, os farmacêuticos que tem interesse em vender medicamentos.

Esse fato novo provocou uma situação em que todos os médicos do Centro e dos Postos de Saúde deixaram de representar uma versão moderna de uma medicina funcional ao sistema capitalista dominante, o que de fato tende a ocorrer com os médicos particulares.

Pelo contrário, ao procurar se insurgir contra a excessiva medicalização da sociedade e tentar restringir a área de competência da medicina aos aspectos que ela se encontra realmente apta a lidar, os médicos do Centro e dos Postos de Saúde introduzem um elemento dissonante e disfuncional ao sistema médico inserido no modo de produção dominante. Nesse sentido, esses profissionais não constituem uma alternativa moderna e eficiente que se contrapõe aos farmacêuticos tradicionais no que diz respeito a diagnósticos e tratamento de doenças. Na verdade, são estes últimos que se mostram em consonância com os interesses modernos impulsionados pelos laboratórios farmacêuticos, em particular, e pela medicina capitalista em geral. Portanto, temos em Paulínea uma situação em que aspectos tradicionais representados pelo papel desempenhado pelo farmacêutico se adaptam no sentido não só de servir como expressar a medicina capitalista dominante.

2. Os médicos

Como vimos, até recentemente, médicos particulares vinham esporadicamente uma duas ou três vezes por semana e atendiam a população, sempre em sintonia e em aliança com os farmacêuticos da cidade. Já os médicos da rede pública se introduziram no município a partir de 1973, quando o Centro de Saúde foi fundado, mas só tiveram uma presença mais consistente a partir de 1983, quando a rede passou a funcionar com a sua estrutura atual.

Antes desse período, tentativas de alguns médicos de se estabelecerem definitivamente na cidade ocorreram, mas em geral sem sucesso. O fato de Paulínea estar tão próxima de Campinas, um centro urbano regional importante em grande expansão, inclusive com uma medicina avançada em muitos aspectos, inibia o estabelecimento de médicos na cidade, o que só veio acontecer com o desenvolvimento industrial experimentado no município.

Paulínea conta atualmente com 15 médicos particulares exercendo medicina liberal ou autônoma, sendo que apenas um é plenamente estabelecido em tempo integral. Este último, Dr. R., clinicando na cidade desde 1978, usufrui grande prestígio diante da população. Em 1979, ele abriu o hospital Coração de Jesus, onde trabalham atualmente outros 4 médicos autônomos, um anestesista, um ortopedista, um pediatra e um outro clínico geral que o substitui no hospital no período da tarde. A sua atividade se divide em trabalhar todas as manhãs no hospital e a tarde num consultório particular.

O hospital é mantido principalmente por convênios com várias indústrias de Paulínea, compreendendo cerca de 1600 funcionários mais os dependentes, o que perfaz aproximadamente 6000 clientes potenciais. Além disso, existem os que pagam privadamente pelo convênio, um número que, no entanto, não chega a ser muito significativo.

Sem considerar o trabalho dos outros médicos no hospital, Dr. R. atende cerca de 70 pacientes por manhã (uma média de 5 minutos por consulta). À tarde, um outro médico fica em seu lugar, mas o movimento é bem menor. Já se tentou colocar um outro médico para ajudá-lo de manhã mas, segundo a sua versão, não deu certo porque enquanto ele atendia 69 pessoas, o outro atendia uma. A grande maioria dos clientes preferia esperar para se consultar com ele.

No consultório, à tarde, atende uma clientela mais distinta, os conveniados com a Unimed e funcionários da Petrobrás, além de consultas particulares. Trata-se de uma clientela de classe média que contrasta com a clientela mais humilde que o procura no hospital de manhã. Em média, chega a atender 10 pacientes por tarde, o que corresponde a uma média de 24 minutos por consulta.

As poucas pessoas ricas de Paulínea se tratam em Campinas, um aspecto que, há pouco tempo, se generalizava também entre a população de classe média.

Dr. R. sente orgulho em dizer que atende todos os tipos de casos tanto em crianças como adultos, inclusive os “psicológicos”, além de realizar cirurgias e partos. Abaixo, trechos de sua entrevista mostram a sua maneira de encarar seu papel, assim como a visão que tem dos problemas da população e do município.

“Considero que a minha prática segue uma tendência completamente diferente daquela do serviço público. Eu medico logo o paciente para ele ficar tranqüilo, ao invés de esperar uma reação ou uma melhora como costumam fazer os médicos dos Postinhos. Qualquer pessoa ficaria muito mais tranqüila sabendo que, por exemplo, seu filho já está medicado e que a cura é só uma questão de tempo. Um outro ponto importante que reflete a diferença de métodos empregados pelo Posto de Saúde e por mim é a questão das

vitaminas. Os médicos do Posto de Saúde em hipótese alguma receitam tal medicamento e eu discordo desta postura. Algumas pessoas, em alguns momentos da vida, por motivos vários, precisam de uma dose extra de vitaminas. Eu mesmo quando sinto que é necessário, tomo vitaminas durante um certo período.

“Um outro motivo que faz que faz com que muitas pessoas me procurem é o fato das minhas consultas serem bem familiares e informais. No Centro de Saúde e nos Postinhos, os médicos sempre mudam e o paciente acaba não sendo conhecido. No entanto, eu, que já vivo em Paulínea a mais de 10 anos, conheço todo mundo, sei dos problemas das pessoas e da comunidade. Os pacientes acham muito importante uma atenção simpática, o que eu sempre procuro fazer. Se um médico souber conversar e ouvir o que o paciente tem a dizer, praticamente já ganhou a sua confiança.

“Os pacientes sentem a falta de um contato mais direto e pessoal, além de fazerem questão de um exame minucioso do corpo. Mesmo sabendo de antemão o problema, examino tudo: olho, ouvido, garganta, pressão e peito. Às vezes faço tudo isso sem prestar muita atenção, pensando em outra coisa. Na maioria das vezes, é um teatro para ganhar a confiança do paciente e conseguir que ele se tranqüilize. Os pacientes também dão importância aos exames de todos os tipos. Às vezes, insistem em fazer exames desnecessários, mas se eles insistem e pagam eu os faço porque para o tratamento ser bem sucedido é importante o paciente ficar tranqüilo e confiante no médico.

“Quanto aos farmacêuticos, mantenho com eles um relacionamento baseado na confiança e no respeito mútuos. Há uns anos atrás, quando não havia médicos na cidade, farmacêuticos como o Sr. N. ou o Sr. E. substituíam a figura do médico. Hoje não é mais assim. Eles vão até um certo ponto e depois mandam o paciente para o médico, geralmente para mim. As pessoas me contam que vão à farmácia se consultar e eu acho normal. Todo mundo vai e eu não vejo mal nenhum se o farmacêutico for responsável, como é o caso dos farmacêuticos mais tradicionais da cidade.

“Não percebo sinais de que a procura por farmacêutico para consulta e tratamento de doenças tenha diminuído nos últimos anos. Eles não chegam a constituir concorrência ao meu serviço porque procuram sempre encaminhar para mim os casos mais complicados. De qualquer forma, eu não teria como dar assistência a todos os que procuram diretamente o farmacêutico.

“Quanto aos médicos do Centro de Saúde e dos Postos, eles também não constituem concorrência para meu serviço porque, por princípio, eles receitam pouquíssimos remédios, basicamente AAS e soro caseiro, causando com isso, insatisfação e desconfiança entre a população. Muitos pacientes saem dos Postos insatisfeitos, passam na farmácia para se consultar com o farmacêutico e pegar uns remédios adicionais. Outros, preferem pagar uma consulta comigo e ficar tranqüilos de que

estão medicados. De qualquer modo, eu não teria como atender um número maior de pacientes.

“Ao contrário dos médicos do Centro de Saúde e dos Postos, eu não costumo falar mal de ninguém, um fato que meus pacientes geralmente admiram. Muitos deles, quando são obrigados a usar o serviço público por qualquer motivo, me contam que os médicos de lá só sabem me criticar. Às vezes, gastam toda a consulta falando mal de mim. Considero isso falta de ética profissional e é tão indelicado quanto qualquer fofoca. Eu considero que o sistema de saúde de uma cidade deve ser composto de instituições públicas e particulares e umas e outras não tem nada que ficar se criticando. Cada uma deve cuidar do seu campo de ação e pronto.”

2.2. Os médicos do setor público

Paulínea conta com um Centro de Saúde e três Postos de Saúde. O Centro de Saúde apresenta um serviço de maior complexidade, tanto ao nível das relações de trabalho internas como no de aparelhos de diagnóstico. Ele possui um colposcópio (uma espécie de microscópio muito potente para ver o colo do útero), um eletrocautério (aparelho usado para cauterização), além de aparelhos oftalmológicos e odontológicos. Nos Postos, os únicos aparelhos mais complexos que podem ser encontrados são os odontológicos.

O Centro de Saúde começou a funcionar em 1975. Em 1976, foi construído um Pronto Socorro, e em 1983, um hospital que passou a fazer parte da rede pública administrada pela prefeitura e pela Unicamp com a função de trabalhar na retaguarda dos Postos e Centro de Saúde. Segundo a avaliação dos médicos da rede básica de serviços de saúde, o hospital é um elefante branco hiper sofisticado com 100 leitos, um exagero para uma cidade do tamanho de Paulínea que utiliza cerca de metade desse tamanho.

Em princípio, todos devem fazer suas consultas no próprio bairro de residência ou no Centro de Saúde se nele for cadastrado e, depois, caso necessário, devem ser encaminhados para internação. Dentro desta perspectiva, o Pronto Socorro serviria para casos de urgência que não puderam ser atendidos de antemão nos Postos e Centros de Saúde. No entanto, sabe-se que esta é uma situação apenas ideal, sendo que na prática o Hospital e o Pronto Socorro não atuam como retaguarda da rede, na medida em que muitas pessoas vêm diretamente ao hospital para serem atendidas sem que haja um impedimento para isso.

Calcula-se que cerca de 40% do atendimento do Pronto Socorro são de pessoas de fora da cidade. Estas pessoas são atendidas, mesmo não sendo casos de urgência, pelo fato de não haver um atendimento adequado na sua cidade de origem. Embora essa situação esteja longe de ser considerada satisfatória pelos médicos, não tem sido possível encontrar uma solução prática alternativa.

Em média, o hospital apresenta 250 internações e o Pronto Socorro atende 5.000 casos por mês. O gasto aproximado, segundo o diretor técnico-administrativo do Hospital Municipal, é de 100 mil dólares mensais. Esse mesmo diretor revela também que a diretoria do hospital não tem a mínima idéia dos recursos financeiros que entram pelos convênios (através de empresas várias, prefeitura e INAMPS), nem o que é gasto e, menos ainda, o que sobra no meio da transação. Os dados financeiros e administrativos mais básicos que qualquer que qualquer empresa tem à mão são totalmente desconhecidos, o que demonstra um estado grave de desorganização administrativa.

Para se entender as representações e as práticas dos médicos do setor público de Paulínea com respeito ao serviço e a clientela, transcrevemos abaixo trechos de 4 entrevistas realizadas com três médicos e uma enfermeira e uma atendente de enfermagem.

A primeira entrevista é com o Dr. A., o médico da rede pública de saúde de Paulínea mais popular e querido pela comunidade, talvez o único que possa chegar perto em popularidade do Dr. R., o médico particular entrevistado acima. Dr. A., 30 anos, atende na clínica médica do Centro de Saúde há 7 meses, depois de ter passado 5 anos atendendo no Posto de Saúde do Bairro João Aranha. Trabalha só de manhã em Paulínea, sendo que à tarde, em suas palavras, “ganha a vida”, trabalhando em outros locais, em alusão ao baixo salário que recebe no setor público. Em suas palavras:

“Eu deixei o Posto porque acabava atendendo sempre as mesmas pessoas e sentia que estava enferrujando tecnicamente. A maioria dos pacientes tem o que denomino “síndrome do migrante”, ou seja, sentem dor no peito, enxaqueca, têm problemas estomacais e acabam desenvolvendo cardiopatias, tudo isso fruto de somatização de problemas de origem social. Para tratar essas pessoas é necessário muito bate-papo e compreensão e pouco conhecimento técnico. Infelizmente, a maioria dos médicos tem formação eminentemente técnica e pouquíssima base em psicanálise e assuntos sociais.

“O atendimento da rede pública de serviços de saúde em Paulínea é considerado modelo. Muitos profissionais de fora vêm nos visitar para ver como funciona e fazem muitos elogios. Apesar de algumas falhas, realmente há um bom atendimento, mas só daqueles pacientes que se encaixam no aparato técnico com o qual o médico está acostumado a lidar. Os que não se encaixam dentro das “doenças tradicionais”, o que corresponde a maior parte dos casos, são mal atendidos.

“Os migrantes, que constituem a grande maioria dos clientes, tem uma história que não pode ser esquecida quando entram num consultório médico. Tanto essa história como a situação que estão passando no presente se refletem em seus quadros clínicos. É esse aspecto que sempre tentei introduzir na minha prática médica. No entanto, infelizmente, a

estrutura de atendimento não dá condições para isso. Sendo eu um dos poucos que tenta trabalhar por esse lado, acabo sendo marcado como o “paizão” do Posto do bairro.

“Na minha opinião, a rede se encontra-se, atualmente, numa grande encruzilhada. Ou muda-se tudo, buscam-se novas formas de atuação junto à comunidade, ou todo o trabalho feito até hoje vem abaixo. Nós não podemos continuar brigando com a população a vida inteira porque corremos o risco de ficarmos completamente desacreditados. Todo o problema se resume em dizer que os médicos da rede imaginam que estão brigando contra a concepção de saúde e doença baseada no lucro desenfreado imposto à população pelo “lobby” farmacêutico, como, por exemplo, a praticada pelo Dr. R. (ver entrevista acima). No entanto, o que concorre de fato é que nós acabamos brigando com a própria população que, em seu comportamento, também expressa e reproduz este tipo de comportamento.

“A nossa concepção de saúde e doença, que se relaciona a uma questão social e econômica maior, não pode ser colocada na cabeça das pessoas do dia para a noite. Se você disser a um paciente que ele está doente por causa da “síndrome de migrante”, ou para a mulher frígida que ela não tem prazer sexual por causa da educação repressora que recebeu, eles riem na sua cara. Eles querem um remédio para eliminar ou aliviar imediatamente a dor que sentem.

“Se o médico diz que o paciente não tem nada, quando na verdade ele está com dor no peito, não consegue dormir bem, etc. ele vai procurar o Dr. R. ou um farmacêutico que estão sempre dispostos a concordar com ele e lhe dar “soluções” para o problema. Às vezes, o médico nem diz que o paciente não tem nada e, pelo contrário, tenta explicar que é uma somatização ou que é um distúrbio comum, contra o qual o próprio organismo se defende, sem necessidade de remédios. Mas, não é ouvindo isso que o paciente vai se conformar e jogar fora um modo de pensar tão enraizado. Isso só pode ser mudado através de um longo processo de educação.

“Eu discuto muito com meus colegas essas questões, mas a maioria fica irritada quando um paciente traz uma receita do Dr. R. e pergunta se “está certa”, ou quando alguém já passou pelas mãos de um farmacêutico e se medicou de maneira inapropriada. Apesar de entender essa atitude dos colegas, não vejo sentido em se irritar com os pacientes. No fim, nós acabamos virando os vilões da história. Além disso, ao contrário de nós, os farmacêuticos estão no bairro nos fins de semana e à noite, ou seja, têm um contato muito maior com a população.

“Hoje em dia, eu faço algumas concessões à população como, por exemplo, receitar algumas vitaminas quando o paciente pede. Eu receito por umas duas semanas e mando parar depois disso dizendo que elas podem intoxicar. Nas primeiras vezes que fiz isso me senti muito mal, não consegui nem mesmo dormir à noite porque sabia que estava reforçando uma situação ou um hábito que contraria o bem estar da população. Hoje, eu acho isso natural, uma vez que dá confiança ao paciente, embora seja muito

criticado por alguns colegas. Acho isso uma concessão muito pequenininha que me ajuda a manter o tratamento sob controle.

“Essa atitude, na verdade, está causando problemas ao Centro de Saúde, onde estou trabalhando a apenas 7 meses e já sou um dos que tem o maior número de “particularóides” (gíria dos médicos para se referirem a àqueles que vêm ao Centro de Saúde e dizem: “quero marcar uma consulta, mas só com o doutor fulano”). Não posso negar que essa minha atitude acabou criando um lado negativo, uma vez que muita gente passou a me procurar só pra conversar, porque estava deprimido, porque não dormiu à noite ou porque brigou com a vizinha. Esse foi o motivo principal que me fez sair do Posto do bairro João Aranha. Muitos criaram dependência em relação a mim, o que não deixa de ser um mal.

“Não dou nenhuma importância ao fato da população recorrer aos benzedores. Às vezes, até brinco com o cliente dizendo: isso aí só benzendo. Quanto às ervas medicinais, também não tomo partido, apenas pergunto o que está sendo usado e pronto. Geralmente são ervas inofensivas que, se não resolvem, não prejudicam.

“Quanto ao Dr. R., o médico particular da cidade, apesar do seu prestígio, o considero muito pouco sério porque, diante da pressão dos clientes, costuma utilizar um excesso de medicamentos fortes e desnecessários, o que pode trazer muitos problemas à saúde, como a ética médica tem que se reverter em benefício do paciente, considero o comportamento desse médico a-ético.

“Para explicar o sucesso do Dr. R. é necessário, entre outras coisas, entender o significado do convênio, um recurso pelo qual ele capta a grande maioria de seus clientes. Quando um homem pobre é empregado numa empresa grande que usa o sistema de convênio, ele adquire um status melhor. Quando passa a ter direito a convênio, assim como sua família, sente-se mais importante. Larga o Postinho e passa a ser atendido por médicos tecnicamente ruins, em consultas porcas. Mas a sala de espera é mais bonitinha e ele já se distingue dos outros porque faz parte do convênio.”

A Segunda entrevista foi realizada conjuntamente com a médica Dra. M. e com a enfermeira, Sra. S., ambas de um dos Postos de Saúde do município. Selecionamos trechos de suas entrevistas que refletem a opinião e as representações da grande maioria dos médicos da rede pública de Paulínea.

“O procedimento comum aos médicos da rede pública de serviços de saúde em Paulínea de evitar o excesso de medicamentos faz parte de uma visão de medicina preventiva e de atendimento público de saúde por parte da unicamp. Sabemos que muitas mães voltam para casa insatisfeitas com esse procedimento e medicam o filho por conta própria. Não é fácil o Posto sozinho conseguir mudar a mentalidade das pessoas, tão

manipuladas pela força da indústria farmacêutica. Nas consultas, essas coisas não são explicadas pelo médico, o que talvez seja um erro, mas talvez esse tipo de explicação não adiantaria muito.

“O relacionamento com os farmacêuticos, apesar de ter melhorado muito, ainda é tenso. Eles se sentiram ameaçados com a chegada do Centro e dos Postos de Saúde e de tantos médicos da rede pública. Os médicos receitavam poucos remédios e os farmacêuticos se sentiam boicotados. Houve até uma briga feia entre um dos farmacêuticos e uma das enfermeiras em 1984. Ela criticou duramente o tratamento de um farmacêutico dado a um paciente. Alguns dias depois, sabendo do ocorrido, este farmacêutico entrou no Postinho aos gritos, xingando a enfermeira no meio de todos. Com a eleição do novo prefeito, que era seu amigo, a enfermeira perdeu seu emprego por causa desse evento.

“O relacionamento com os médicos da rede privada, quer dizer, com o Dr. R., é ainda mais tensa e conflituosa. Se, os médicos da rede, de acordo com a filosofia da Unicamp, preocupam-se em não medicar desnecessariamente, Dr. R., por outro lado, é especialista em receitar antibióticos e remédios fortíssimos para casos muito simples. Enquanto um paciente gripado sai do Postinho só com Rinossoro, AAS, e recomendações de beber muito líquido, um outro sai do “Coração de Jesus” (o hospital do Dr. R.) com, pelo menos, um descongestionante nasal, que é péssimo para o organismo, com um correspondente muito mais forte e caro ao AAS, injeções desnecessárias e, às vezes, antibióticos, que além de não ajudar a tratar a doença, chegam a diminuir a defesa do organismo e impedir que ele chegue à cura mais facilmente. No entanto, nada se pode fazer contra esse médico, uma vez que ele é muito bem relacionado, com prestígio e força política na cidade.

No Postinho existem várias pacientes que foram esterilizadas por este médico, entre elas uma moça de 19 anos. Em princípio, há um consenso de que a laqueadura só pode ser feita aos 35 anos de idade se a mulher já tiver pelo menos três filhos. É claro que esse critério devem se flexibilizar em algum lugar algumas vezes. No entanto, o Dr. R. simplesmente ignora qualquer preceito ético, fazendo a laqueadura em quem puder pagar. Infelizmente, muita gente prefere procurá-lo a vir ao Postinho.

“Difícilmente um paciente sai do consultório do Dr. R. sem uma receita bem recheada, enquanto no Postinho o médico pode, se for o caso, dizer que o paciente não tem nada. Geralmente as pessoas não gostam de ouvir isso, parecem que voltam pra casa frustradas. É comum pessoas bem pobres preferirem médicos caros quando um simples AAS ou um soro caseiro poderiam fazer o mesmo efeito. Os Postos não tem preconceitos contra remédios caros, mas só os receitam quando existe real necessidade para isso.

“Os casos de doenças mais freqüentes encontrados nos Postos são as várias doenças infantis corriqueiras e os reflexos da pobreza, da preocupação com a falta de

dinheiro, com o marido desempregado ou com o filho que anda com más companhias. Essas últimas condições se manifestam através de vários sintomas tais como dores e malestares em geral. É incrível o número de pessoas com pontadas no peito, sintoma comum de angústia, que pedem para fazer exames de coração. Diante dessa situação, os médicos brincam dizendo: “hoje até que eu atendi alguns doentes” ou “fiquei nervosa diante de um doente porque estava perdendo a prática”. É comum também um tipo de paciente crônico que não sai do Postinho. Geralmente são mulheres que vêm por causa das dores “misteriosas” ou mães desesperadas porque o filho amanheceu com febre ou dor de barriga ou qualquer outro motivo sem importância.

“Uma grande quantidade de pessoas que vêm ao Postinho, geralmente mulheres, precisam de uma pessoa para conversar e não de remédios. No fim do dia, quando o Postinho não está lotado, até que procuramos fazer isso, mas normalmente não dá tempo. Os homens, quando vêm para consulta, é em geral para algo realmente sério ou para pedir atestado. As pessoas que tem alguma doença “de verdade” ficam satisfeitas com o Posto. Quem não precisa de remédios ou não deve toma-los, geralmente volta para casa descontente.

“O problema é que a concepção de doença da população entra em conflito com a concepção de doença dos médicos. O serviço é muito criticado por causa disso e é por esse mesmo motivo que muita gente prefere o Dr. R.

A terceira entrevista é com o Dr. D. que abordou de um modo ainda mais crítico o relacionamento dos médicos da rede pública com a comunidade:

Uma coisa que eu faço absoluta questão é que o paciente siga o tratamento de um modo consistente com um mesmo agente por um certo período de tempo, seja ele farmacêutico, curandeiro, médico da rede pública ou privada. No entanto, o que ocorre na prática é que a maioria dos pacientes vão de um canto para outro e acabam não seguindo nenhuma forma de tratamento. Isso me irrita muito porque provoca grandes confusões e é altamente antiprodutivo e antieconômico. Tem gente que vem aqui, vai no Dr. R., vai em Cosmópolis em médicos do INAMPS e vai também nos farmacêuticos, tudo ao mesmo tempo, fazendo um exame de sangue e de fezes em cada lugar. Isso significa um gasto enorme e desnecessário.

“Houve uma moça que tinha fortes dores abdominais e vinha ao Posto com frequência. Como as dores não passavam e não se descobria a causa, foi para Cosmópolis, onde o hospital geralmente não faz trabalho sério, e conseguiu ser operada. Ficou muito contente com a operação, mas depois e 3 meses voltou a sentir dores. Como seu caso não era absolutamente para operação, foi obrigada a voltar ao Posto. Veja que

situação complicada a gente fica, sem a mínima noção do que tiraram ou colocaram na barriga da moça. É necessário começar tudo de novo.

“É muito comum pacientes virem ao Posto dizendo que estavam fazendo tratamento com o Dr. R.. eles dizem: “Eu estava tomando um comprimido colorido e um xarope branco amargo”. Como é possível lidar com esse tipo de situação? Em outros casos, mães ansiosas correm com os filhos para o farmacêutico depois de serem atendidas no Posto e voltam para casa com os remédios, misturam tudo. Esse tipo de comportamento é completamente errado porque além da criança tomar antibiótico desnecessariamente, perde-se completamente o significado do tratamento, tornando impossível reconstituir qualquer uma das etapas de seu desenvolvimento.

“Alguns pacientes vêm ao médico só para contar sua vida e conversar. Tem mãe que eu atendo aqui no posto de manhã e vejo de novo, mais tarde, esperando atendimento com outro médico no Pronto Socorro. Nós realmente não temos como lidar com esse tipo de problema. Não há nenhum tipo de iniciativa para educar a população em relação à saúde. Isso é muito complicado, e, na verdade, envolve não só a população como também um aspecto muito maior da sociedade. Quando a gente começa a trabalhar num emprego como esse, é lógico que existe um ideal, uma vontade enorme de desenvolver um trabalho de educação na comunidade. Mas a coisa é complicada, principalmente aqui no Posto, onde nós somos muito visados e a responsabilidade é muito grande. Um médico no Centro de Saúde, por exemplo, é bem menos visado do que aqui porque o paciente passa na mão de mais gente e a responsabilidade se dilui.

“Aqui, sou só eu. Se acontecer d você mandar o paciente para casa com um AAS e ele tiver um enfarte e morrer naquele dia a comunidade inteira irá responsabilizá-lo. Se eu chegar atrasado amanhã porque minha mulher está doente, o bairro inteiro fica sabendo uma hora depois. Tem períodos em que a gente está todo animado, mas tem hora em que não quero nem olhar para a cara de um colega ou de um paciente, nem quero ouvir falar de Posto.”

A quarta entrevista é com a Sra. V., atendente de enfermagem, 50 anos, primário incompleto, uma das pioneiras que contribuíram para a implantação dos Postos de Saúde em Paulínea que, com desenvoltura, fala sobre os vários problemas da rede no seu convívio com a comunidade:

“Na época que cheguei em Paulínea, o bairro João Aranha não tinha nem rua. Havia umas casas espalhadas e só três ônibus diários que ligavam ao centro. Desde o início, eu aplicava injeção nos vizinhos e curava o umbigo de recém-nascido com fumo e leite de mamona. Receitava também vários chás e medicamentos caseiros para vários casos de doenças. Os médicos, hoje, me dizem que não sabem como eu não matava todos.

“Sempre me interessei por esse tipo de trabalho. Quando era menina, morava num sítio em Minas e vivia vigiando as casas onde faziam partos. Quando nenhuma das meninas ainda não pensava nisso, eu já tinha curiosidade. Aos 15 anos, passei a limpar os recém-nascidos e curar seus umbigos. Apreendi também vários chás com minha mãe, que era grande conhecedora de ervas medicinais.

“Quando o bairro cresceu, passei a trabalhar de babá na creche e merendeira. Cheguei a fazer um curso do SESI (Serviço Social da Indústria), apenas umas poucas aulas, mas que me ajudaram muito. Quando decidiram montar o Postinho, ajudei a montá-lo e, como a visitadora de saúde deveria ser alguém conhecida no bairro, fui logo indicada para o serviço.

“No início, o Posto era uma salinha minúscula com uma cama, uma mesa, um armário, tudo emprestado de mim mesma e de outras pessoas do bairro, além de alguns instrumentos básicos. A prefeitura instalou o telefone. A equipe se restringia ao Dr. A. e a mim. As pessoas vinham até o Posto ou nós íamos até a casa das pessoas que não estavam bem. Era tudo como queríamos e nos entendíamos, Dr. A. e eu, muito bem. Eu aprendi muito com ele.

“Depois mudamos para o local atual, bem maior e com muito mais funcionários. Com os novos médicos da Unicamp chegando, o serviço começou a ficar complexo e tudo foi mudando sem que eu tivesse qualquer participação. Ninguém me consultava para nada porque eu era uma simples atendente. À medida em que o Posto foi crescendo, a situação foi ficando cada vez pior. Eu não podia mais fazer as coisas como queria e achava errado o modo como estava sendo feito. Comecei a perceber que ali não era mais meu lugar.

“Era muita papelada, muita burocracia, muito regulamento e pouco trabalho. Na minha época, tudo era bem mais informal e o povo estava bem próximo, ninguém ia para casa sem consulta, não se fazia ninguém esperar horas para depois mandar voltar no dia seguinte. Tudo passou a ser esterilizado em Paulínea, no hospital, enquanto eu, antes, dava conta de tudo na panela de pressão, com muita paciência.

“Alguns médicos começaram a implicar com o meu canteiro de ervas medicinais e não queriam mais que as plantasse ou falasse delas para os pacientes. Eu deixei de ter autorização para visitar as casas, as pessoas deveriam vir até o Posto. Não custava nada dar uma escapada para aplicar uma injeção ou fazer um curativo na casa de alguém, mas isso foi cortado.

“A gota d’água a partir da qual decidi pela minha transferência para o hospital de Paulínea foi o revezamento que deveria ser feito entre o atendimento dos pacientes e a recepção e controle de pastas. Eu não entendo nada de pastas e papelada. O que gosto mesmo é de por a mão na massa. Não suporto aquele trabalho serviço e por isso pedi a minha transferência.

“A minha crítica aos médicos do hospital é a mesma que faço aos médicos do Posto. Eles gostam de complicar as coisas. No hospital, uma sala em que se drena uma ferida fica fechada três dias para desinfecção. É um absurdo! Concorde que é perigoso, mas não precisa exagerar. Tudo poderia ser bem mais simples e direto e funcionar melhor.

“Quanto aos farmacêuticos tradicionais, eu os respeito muito. Eles foram muito importantes para a cidade por serem das poucas pessoas que o povo podia contar para tratar as suas doenças. Quanto ao Dr. R., já convenci muita gente do bairro a não procurá-lo. Como muitos me respeitam, alguns acabaram desistindo, mas outros são fãs do médico. Eu o considero um aventureiro. Ele não para para pensar nem um pouco sobre o que faz e vai fazendo de tudo: operação, parto, cesariana, cuidando de criança, de adulto e do que aparecer pela frente.

“Eu concordo com todas as críticas que a população faz ao Posto e ao Centro de Saúde. Muita gente me para na rua para dizer que na minha época era bem melhor, que as enfermeiras atualmente são muito mal educadas, que esperam demais e voltam para casa sem consultar ou com a declaração do médico de que não tem nada.

“Não concordo com a forma como médicos tratam o paciente. A maioria das pessoas é pobre, se alimenta mal, tem um nível de vida ruim, acho que não custa nada ser um pouco mais atencioso. Essas pessoas adoram exames, por exemplo, e não custa pedir um exame de fezes ou de sangue. Sempre se descobre algo e o paciente volta para casa feliz, sem ouvir aquele “você não tem nada”. Existem várias coisinhas pequenas que podem ser feitas para controlar situações difíceis. Não sei dizer quantas vezes já dei água com açúcar ou com algumas gotas de uma substância colorida para pacientes só para acalmá-los. Mas os médicos não sabem fazer isso.

“Muitas pessoas fazem consulta e saem inconformadas com a atitude do médico: “Mas como eu não tenho nada se não me sinto bem?”, ou “mas o outro médico me disse que eu tinha”. Ficam desconsoladas, nervosas, vão para a rua, e dali, a pouco, procuram o farmacêutico para uma outra consulta.

“Um outro ponto que merece comentário é a roupa dos médicos da Unicamp. A maioria é jovem e não gosta de usar roupa branca nem guarda pó. O pessoal presta atenção nisso, você percebe que eles acham estranho ser atendido por uma moça de minissaia ou um moço de camiseta. Não custa nada usar uma roupinha branca ou um guarda pó até o joelho. Eu cheguei a fazer essa observação numa reunião lá no Centro de Saúde porque muitas pessoas do bairro já tinham comentado comigo. A minha proposta foi votada mas perdeu com muitos votos de diferença.

“Também estou de acordo com as críticas aos residentes da Unicamp. Acho que as coisas acontecem de um modo que provoca a insegurança do doente. O residente examina, diz qual é o problema e chama o docente. O docente ouve, concorda ou discorda e vai embora. Eu acho que se tudo fosse feito ao contrário, as pessoas se sentiriam mais

tranqüilas. Se o médico olha-se o doente, juntamente com o estudante, desse orientação e depois saísse, não haveria tanta desconfiança.

“Além disso, a rotatividade dos residentes é muito alta. As pessoas não tem tempo de se acostumar com eles. Veja por exemplo um pré-natal. Uma mulher grávida faz visitas periódicas ao Posto e, em cada vez, recebe o atendimento de um médico diferente. É normal que ela tenha que repetir inúmeras vezes a mesma coisa porque, apesar de constar na ficha, o médico pergunta tudo de novo. Isso deixa qualquer pessoa de “saco cheio”.

“Acho que os médicos e enfermeiras mais jovens deveriam dar ouvidos a pessoas mais experientes como eu que, apesar de não terem muito estudo, têm contato direto com a população que utiliza o serviço. Infelizmente não osso dizer o que penso porque não sou ninguém, só uma atendente. Eles acham que estão certos agindo como agem e, depois, ficam se perguntando porque o povo vem se afastando da rede.

“A rede pública de serviços de saúde não é a beleza que dizem: tem muito podre e muita coisa errada. O setor de queimados do hospital, por exemplo, foi inaugurado às vésperas da eleição. Fizeram tudo pela metade, desalojaram outros setores para montar o novo serviço, tudo só para dizer na televisão que Paulínea é o terceiro município do estado a ter um setor especializado em queimaduras.

“Mesmo gostando do que faço, às vezes fico inconformada com tantos erros e por perceber que não posso fazer nada. Sinto até vontade de largar tudo para ser voluntária em um asilo. Um dos médicos me disse que pode ser que saiam os prontos-socorros de bairros e eu fiquei muita animada com a idéia. Acho que pode até voltar a ser como nos velhos tempos do Postinho, se for um lugar pequeno e sem grandes burocracias.

2.3 Discussão e conclusão geral

Estas entrevistas revelam pontos importantes do relacionamento da rede pública de serviços de saúde de Paulínea com a comunidade a que serve. De um modo geral, as informações contidas nos relatos foram checadas e cruzadas com a de outros profissionais e com a população de usuários cuja pesquisa encontra-se em Queiroz & Chicarini, 1990. Portanto, elas podem ser tomadas como representações que correspondem a fatos importantes do universo saúde e doença em Paulínea.

A medicina particular em Paulínea, em consonância com a medicina hegemônica praticada no Brasil, organiza-se segundo os moldes capitalistas, no qual o lucro é um fator fundamental. O principal médico promotor desse tipo de medicina na cidade começou sua carreira ao mesmo tempo em que nela se iniciou um intenso processo de desenvolvimento econômico e social. Este processo veio produzir basicamente uma classe média consumidora de bens e serviços médicos e uma classe operária que (através da implantação dos convênios) também começou a ser consumidora desse tipo de serviço.

Dentro do contexto, pode-se dizer que o médico particular da cidade é um exemplo bem sucedido no qual a medicina se adapta às necessidades da produção, servindo principalmente aos interesses das indústrias, mas também dos trabalhadores “em si” (ao contrário de “para si”, de acordo com a célebre distinção de Luckács) que necessitam cuidados específicos para manter em níveis adequados sua força de trabalho.

A prestação médica a servidores de empresas e indústrias através dos convênios, contribui decisivamente para controlar a força de trabalho, principalmente no que diz respeito ao absenteísmo. Além disso, sempre em consonância com os interesses da produção, ela promove um tipo de intervenção médica que permite a recuperação mais rápida possível da capacidade de trabalho, o que, evidentemente, nem sempre coincide com a necessidade de saúde do paciente. Um exemplo do comprometimento do ato médico a interesses alheios à uma padronização clínica científica e universal pode ser encontrada nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos diferenciados conforme a situação econômica e social do paciente. Um paciente pobre, por exemplo, recebe uma consulta de no máximo 5 minutos e uma atenção completamente diferente da oferecida a um paciente que paga por uma consulta ou que possua um convênio diferenciado. De um modo geral, em qualquer situação, no entanto, há tendências de super-medicalização, de acordo com os interesses do complexo da indústria médico-hospitalar-farmacêutica. A população revela nesse sentido, por exemplo, que, embora ilegal e anti-ética, não há obstáculos à esterilização feminina por meio de laqueadura, desde que a operação seja paga.

No entanto, a medicina particular conta com um ponto forte a seu favor, ou seja, o empenho do médico em cativar o paciente com símbolos sociais significativos e com abertura emocional às suas ansiedades e demandas, ponto esse em que a medicina do setor público tem se mostrado insensível. No nosso entender, esse ponto é importante e, em muitos casos, indispensável para o processo de cura. Retornaremos adiante a essa questão.

A medicina do setor público em Paulínea, por outro lado, segue uma linha fortemente influenciada por uma postura que percebe, nos fatores sócio-econômicos e culturais, instâncias extremamente importantes na determinação da doença e do nível de saúde de uma população. Essa linha é empregada pelo departamento de medicina preventiva da Unicamp, influenciando os médicos que de lá vão formar o quadro da rede de serviços de saúde do setor público de Paulínea.

Focalizando o problema da saúde e da doença principalmente nas condições sócioeconômicas e culturais do paciente, os médicos da rede pública de serviços de saúde acreditam que a grande maioria dos casos de doença não necessita de cuidados especializados. Trata-se de problemas de ordem biológica simples resultantes de problemas de ordem social complexos que, sob o ponto de vista médico, demandam

recomendações sobre, por exemplo, a alimentação e o modo de vida, mas não necessariamente medicamentos químicos industrializados.

No entanto, a realidade do complexo médico-previdenciário brasileiro aponta um quadro completamente diferente desta situação ainda idealizada que se pretende implantar em Paulínea. Aqui, pretende-se instituir uma rede básica que serviria como porta de entrada de um sistema de saúde mais amplo, cuja função maior inclui não só tratar as doenças mais simples que constituem a grande maioria das que acomete a população, como também educar a comunidade no sentido de promover hábitos salutarres, inclusive aqueles que promovem a defesa do cidadão contra a tendência à super-medicalização normalmente promovida pela medicina privada.

Este espaço ocupado pela rede pública de serviços de saúde em Paulínea é, no entanto, marginal em relação ao complexo médico-previdenciário. Neste caso, a medicina especializada baseada no hospital canaliza a maior parte de todos os recursos despendidos em saúde. Trata-se, evidentemente, de um sistema selvagem inclinado em direção à complexização e tecnologização do quadro clínico, onde ocorre, como resultado, uma supermedicalização, inclusive com grande número de cirurgias desnecessárias onde o grande prejudicado é o paciente e o grande interessado o lucro capitalista insubmisso a um fator organizador controlado democraticamente pela sociedade.

A falência desse sistema, que implica a existência de recursos impossíveis de serem obtidos por uma economia pobre como a brasileira, tem produzido nos últimos anos algumas tentativas de mudança que implicam em valorização da rede pública de serviços de saúde. A própria constituição dessa rede, alimentada com recursos do INAMPS, num contexto integrado, regionalizado e descentralizado dos serviços tem, nos últimos tempos, modificado moderadamente este quadro.

Nesse sentido, com uma certeza científica de que a sua medicina é importante e que, se for compreendida, poderia beneficiar significativamente a qualidade de vida de uma população, os médicos da rede pública de serviços de saúde em Paulínea tendem a encarar o seu trabalho como uma missão, apesar de boa parte deles exercerem outros empregos, geralmente como autônomos, a fim de usufruírem de um rendimento financeiro maior.

De acordo com a visão de mundo desses médicos, dois obstáculos principais a seu desempenho profissional se delineiam no contexto de Paulínea, onde a existência de um mínimo de recursos tem permitido um serviço público relativamente adequado. De um lado está a medicina organizada em moldes considerados inescrupulosamente capitalistas que concorre e compete com os serviços públicos, e de outro, a falta de educação, ou educação inadequada da grande maioria da população que, movida pela propaganda, revela um comportamento fortemente inclinado em direção a uma medicina baseada em soluções tecnológicas complexas e a uma super-medicalização.

Com respeito ao caráter capitalista da medicina, os médicos do Centro e dos Postos de Saúde pouco podem fazer, a não ser externar sua indignação. Já com respeito à população, verifica-se uma preocupação verdadeiramente didática no sentido de “politizá-la”, como mencionam alguns, ou “conscientizá-la”, como preferem outros. “É preciso ensinar a esta população a se defender, inclusive, da própria medicina”, como diz um dos médicos do Centro de Saúde entrevistado. Evidentemente esse ideal educativo não se faz sem se defrontar com vários problemas.

Em primeiro lugar, é preciso destacar que a formação médica é baseada principalmente nas ciências biomédicas clínicas, sendo o caráter social da medicina uma dimensão sub-valorizada. Mesmo o profissional que valoriza esta dimensão, pode perder o caráter psicológico e pedagógico, daí resultando uma crise de comunicação com a comunidade. As entrevistas revelam muito bem esse aspecto, ou seja, a dificuldade de conseguir passar a mensagem educativa à comunidade, que chega a ser colocada em termos de uma verdadeira crise por que passa o serviço.

A população não vê vantagem alguma em saber que a origem de grande parte de seus problemas de saúde se encontra nas condições sócio-econômicas e culturais de vida, e que a medicina ode fazer muito pouco para tratar de grande parte de seus problemas de saúde. A população reivindica, pelo contrário, soluções práticas que permitam, sobretudo, o restabelecimento rápido das condições normais de vida e de trabalho. O intervencionismo médico ligado a uma tecnologia hospitalar especializada consiste num forte apelo nesse sentido.

O Secretário de Saúde de Paulínea chegou a afirmar que a única maneira que encontra para impedir que muitos procurem desnecessariamente o Centro de Saúde ou Pronto Socorro (instâncias mais complexas e de tecnologia material mais desenvolvida da rede pública), sem antes procurar o Posto de Saúde, é promover naqueles locais é promover naqueles locais um ambiente que considera psicologicamente ameaçador e hostil. Com esse intuito, os médicos devem usar sempre roupa branca, a maca deve estar sempre visível e tudo deve indicar um ambiente mais tenso, próprio para casos de saúde considerados mais sérios que impliquem risco de vida.

No entanto, o que se produz na realidade é exatamente o contrário, ou seja, sem se intimidar, as pessoas procuram essas instâncias exatamente por causa dessa “seriedade”. Os farmacêuticos revelam nesse sentido que seu desprezo pela rede básica de serviços de saúde se restringe aos Postos, sendo o Centro de Saúde e o Pronto Socorro considerados mais respeitáveis, e, portanto, merecedores de indicação para casos mais complicados que eles não possam dar conta.

Mesmo quando o médico da rede pública consegue transmitir sua mensagem com sucesso, isso não se faz sem problemas para o serviço. Além de requerer um grande esforço por parte do médico, envolvendo interesse, compreensão e simpatia, com relação

a sua clientela, o resultado pode não ser exatamente o que esperava, desencadeando forças que fogem ao seu controle. A entrevista com o Dr. A. mostra que seu cuidado nesse sentido desencadeou uma demanda excessiva de problemas pessoais, emocionais e familiares que nem ele nem o serviço estão dispostos e capacitados a lidar. O resultado foi o pedido de transferência do local onde o profissional ficou estimado e considerado pela população para algum outro em que nem era conhecido.

No que diz respeito aos aspectos mais tradicionais da cultura popular, verifica-se por parte dos médicos tanto da rede pública como da privada uma atitude que vai da indiferença à aceitação. Via de regra, não ocorre oposição a benzimentos ou ao uso de ervas medicinais, práticas estas generalizadas entre os usuários dos serviços. A oposição só ocorre de fato quanto à concepção terapêutica da população, na medida em que esta reivindica intervenções poderosas no organismo humano com a finalidade de pronto restabelecimento de saúde, que se choca com a concepção dos médicos da rede pública.

Enquanto os médicos da rede privada e os farmacêuticos tendem a aceitar plenamente a condição auto-imposta de doente por parte do paciente, medicando mesmo quando ele não apresenta morbidade alguma, os médicos de serviço do serviço público, pelo contrário, tendem a não medicar quando percebem que o caso não pode ser resolvido adequadamente à base de medicamentos. Observa-se, portanto, na medicina privada uma submissão muito maior do médico às demandas do paciente do que ocorre em relação à medicina pública.

O problema é que, segundo a própria estimativa dos médicos da rede pública, cerca de 80% dos casos clínicos que chegam até eles são problemas simples que não exigem terapias mais complexas. Trata-se, geralmente, de problemas pessoais de ordem social que são somatizados em dores ou indisposições não passáveis de serem tratadas via medicamentos ou cirurgias. Este problema parece ser universal e não restrito à Paulínea. Na Inglaterra, por exemplo, há estudos indicando que aproximadamente 60% dos casos que aparecem aos médicos do sistema público de saúde não são passíveis de serem tratados pelos serviços médicos disponíveis por serem problemas de ordem psicológica, social ou moral (Tucket, 1980).

Não deixa de ser um paradoxo o fato dos médicos da rede pública, que consideram como extremamente importantes aspectos sociais e econômicos na origem e na manifestação de doenças, não utilizarem esse mesmo parâmetro no tratamento e na cura. A não medicação, o não uso de roupas brancas e o não emprego de símbolos socialmente significativos como, por exemplo, a exibição de aparelhos complicados tecnologicamente são aspectos dessa atitude que desconsidera o lado simbólico como parte importante no processo da cura.

Ao manter essa atitude insensível à cultura da comunidade, os médicos da rede pública de saúde correm o risco de serem considerados incompetentes para diagnosticar

e tratar doenças. Ao ceder a esse tipo de tentação, por outro lado, eles correm o risco de se compromissarem com interesses alheios a uma prática baseada numa ciência imparcial.

Assim, esses médicos devem muito provavelmente continuar a conviver com o dilema por muito tempo.

Um outro aspecto importante que as entrevistas revelam, refere-se às relações de trabalho que ocorrem no interior do serviço público, entre seus funcionários. Trata-se de uma relação formalmente dominada pelos médicos. A tendência do serviço é transformar-se em organização complexa, burocratizando a sua experiência e padronizando a sua concepção de serviço.

Esse aspecto entra em conflito com o carisma, que é necessário no contato médicopaciente, para produzir a cura. A entrevista com a atendente de enfermagem acima mostra muito bem o conflito entre o aspecto carismático da funcionária e a necessidade de burocratização do serviço. A sua transferência de serviço reflete o começo de um aspecto que torna a medicina menos humana, com menos possibilidade de contato emocional com os pacientes, mas mais organizada e com maior possibilidade de eficiência administrativa.

BIBLIOGRAFIA CITADA

QUEIROZ, M. S. & Chiarini, A. M. Concepções e Práticas Referentes ao Processo Saúde, Doença e Cura em Camadas de Baixa Renda no Município de Paulínea. Relatório de Pesquisa. Convênio UNICAMP/DMPS/NEPP/FINEP, Campinas 1990

TUCKET, D. An Introduction to Medical Sociology. Tavistock Public. London, 1980.

HENRIQUE, W E DRAIBE, S. M. _ Caderno de Pesquisa n.º 01, POLÍTICAS PÚBLICAS E GESTÃO DA CRISE: UM BALANÇO DA LITERATURA INTERNACIONAL _ 1987.

CANESQUI, A. M. E QUEIROZ, M. S. _ Caderno de Pesquisa n.º 02, CAMPINAS: POPULAÇÃO, SITUAÇÃO DE SAÚDE E ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO MÉDICO _ 1987.

CASTRO, M. H. G. _ Caderno de Pesquisa n.º 03, GOVERNO LOCAL, PROCESSO E EQUIPAMENTOS SOCIAIS: UM BALANÇO BIBLIOGRÁFICO _ 1988.

SALM, C. L. DEDECA, C. S., TUMA, F. M. e COUTINHO, M. _ Caderno de pesquisa n.º 04, FINANCIAMENTO DAS POLÍTICAS SOCIAIS _ 1988.

VIANNA, A. L. _ Caderno de Pesquisa n.º 05, ABORDAGENS METODOLÓGICAS EM POLÍTICAS PÚBLICAS _ 1988.

MERHY, E.L., CAMPOS, W. S. e QUEIROZ, M. S. _ Caderno de Pesquisa n.º 06, PROCESSO DE TRABALHO E TECNOLOGIA NA REDE BÁSICA DE SERVIÇOS DE SAÚDE; ALGUNS ASPECTOS TEÓRICOS E HISTÓRICOS _ 1989.

QUEIROZ, M. S. e CANESQUI, A. M. _ Caderno de Pesquisa n.º 07, FAMÍLIAS TRABALHADORAS E REPRESENTAÇÕES SOBRE SAÚDE, DOENÇA E ASPECTOS INSTITUCIONAIS DA MEDICINA “OFICIAL” E “POPULAR” _ 1988.

DRAIBE, S.M. _ Caderno de Pesquisa n.º 08, O WELFARE STATE NO BRASIL: CARACTERÍSTICA E PERSPECTIVAS _ 1988.

PEREZ, J.R.R. Cadernos de Pesquisa n. 16, São Paulo: A EDUCAÇÃO NOS ANOS 80, DIAGNÓSTICO PRELIMINAR (série São Paulo) 1990.

NORONHA, E.G. e SILVA, M.F.C.B., Caderno de Pesquisa n. 17, A POPULAÇÃO INFANTO-JUVENIL CARENTE DO ESTADO DE SÃO PAULO (série São Paulo) – 1990
ARRETCHE, M.T.S. e CAVALHO, S.N., Caderno de Pesquisa n 18, SÃO PAULO: A POLÍTICA HABITACIONAL NOS ANOS 80 (série São Paulo) -1990

FIQUEIREDO, A;M;C., Caderno de Pesquisa n. 9, JUSTIÇA E IGUALDADE – 1989

DRAIBE, S.M. _ Caderno de Pesquisa n.º 10, A TENDÊNCIAS E TENDÊNCIAS: COM QUE ESTADO DE BEM-ESTAR SOCIAL HAVEREMOS DE CONVIVER NESTE FIM DE SÉCULO? _ 1989

FARIA, V.E. e CASTRO, M.H.G., Caderno de Pesquisa n. 11, POLÍTICA SOCIAL E CONSOLIDAÇÃO DEMOCRÁTICA NO BRASIL – 1989.

CASTRO, M.H.G., Caderno de Pesquisa n. 12, AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS E PROGRAMAS SOCIAIS: NOTAS DE PESQUISA – 1989.

LEAL, S.M.R., Caderno de Pesquisa n. 13, A OUTRA FACE DA CRISE DO ESTADO DO BEM-ESTAR SOCIAL, NEO-LIBERALISMO E OS NOVOS MOVIMENTOS DA SOCIEDADE DE TRABALHO – 1990.

CASTRO, M.H.G., Caderno de Pesquisa n. 14, INTERESSES, ORGANIZAÇÕES E POLÍTICAS SOCIAIS – 1990.

CASTRO, M.H.G., Caderno de Pesquisa n. 15, A POLÍTICAS DE ATENÇÃO AO MENOR NO ESTADO DE SÃO PAULO: TENDÊNCIAS E PERSPECTIVAS.



UNICAMP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

NEPP

NÚCLEO DE ESTUDOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Cidade Universitária "Zeferino Vaz"

Av. Albert Einstein, 1300

Campinas - SP - Brasil

CEP. 13083-852

TEL: (019) 3521-2495 / 3521-2499

FAX: (019) 3521-2140

E-mail: nepp@nepp.unicamp.br

E-mail: Nepp00@unicamp.br

Homepage: www.nepp.unicamp.br