

Deuses e Demónios no Sector da Saúde Pública

Questões de Cultura e Comunicação?

Helena Gonçalves¹

Ivo Domingues²

Palavras chave:

Saúde; Saúde Pública; Serviço Público de Saúde; Cultura; Comunicação; Gestão da Qualidade Total no Sector Público da Saúde; Promoção da Saúde.

Resumo

Partindo de uma dupla tendência da sociedade actual – a preocupação com a saúde positiva, por um lado, e com a qualidade, por outro - propomo-nos nesta comunicação reflectir sobre o desenvolvimento de um programa de gestão da qualidade total, no âmbito do serviço público, mais concretamente no Serviço Público de Saúde.

No cruzamento de dados colhidos por observação empírica com a teorização produzida nesta matéria, confirmamos a hipótese de que a concepção e desenvolvimento de um programa de qualidade para o Serviço Público de Saúde, para além das questões que se colocam a nível superior, do próprio sistema, há-de assentar num compromisso entre as expectativas dos profissionais e o seu envolvimento com as populações, na base do entendimento de saúde como um factor, entre outros, indispensável ao desenvolvimento global, assumindo as questões comunicacionais e culturais um papel determinante neste processo. O desenho de modelos de melhoria da qualidade nos serviços Públicos de Saúde e os valores que lhes subjazem confirmam a nossa suspeita de que no diálogo entre profissionais e utentes, no respeito pelos saberes técnicos e populares ao nível de serviços descentralizados, reside a eficácia dos programas de promoção da saúde.

1. O fenómeno do consumo: uma entre muitas formas de colocar a questão

Nunca como hoje foi tão badalada a questão da saúde, do direito à saúde, da saúde como um bem essencial à realização humana, prioridade anunciada nas opções de políticas e de governantes. Da mesma forma, a satisfação como corolário de um programa de qualidade no domínio das normas e das práticas sociais é uma constante tanto nos discursos do cidadão comum como no mais intelectualizado e avisado discurso do político ou do estratega. E o namoro entre o serviço de saúde e a melhoria da qualidade é, ao nível das verbalizações, o mais desejado enlace, dele se esperando geração de grande “prole”, augúrio de dias e vidas mais felizes.

A saúde, o direito à saúde e o investimento num sistema de saúde pública, constitui o mais sensível interface entre os cidadãos e o Estado, representando o grau de satisfação com os serviços de saúde – no que concerne ao desenho, variedade e qualidade da oferta – um barómetro não menosprezável da vida social. Neste contexto, e partindo da presunção que em matéria de saúde vivemos já um tempo caracterizado por uma “produção” significativa, é nosso propósito nesta comunicação reflectir o consumo dos serviços de saúde e particularmente o consumo dos serviços oferecidos pelo Serviço Público de Saúde no nosso país. Pretendemos, por um lado, interrogar a adequação da oferta existente às necessidades dos seus usufrutuários e, por outro, interrogar a satisfação com aqueles serviços. É, assim, nossa intenção ajuizar da “qualidade”

¹ Departamento de Ciências da Comunicação, Instituto de Ciências Sociais, Universidade do Minho;

² Departamento de Sociologia, Instituto de Ciências Sociais, Universidade do Minho.

desses serviços, focalizando a sua percepção do ponto de vista dos consumidores, sem, contudo, perder de vista a definição perspectivada em torno da “produção”, queremos dizer, a partir do entendimento e envolvimento dos profissionais de saúde, daqueles que no terreno se confrontam com promessas e expectativas de gestão difícil e muitas vezes conflituosa. Juntamos a nossa voz a todos aqueles que defendem que a qualidade é um “sistema”, que a satisfação há-de ser uma mais valia para todos os agentes envolvidos, que profissionais e consumidores de serviços de saúde reconhecerão os benefícios da construção partilhada da definição da qualidade daqueles serviços, para uma sociedade mais saudável e mais realizada. Só o envolvimento de todos e o levar-em-conta de todas as sensibilidades, saberes e vontades realizará a qualidade pretendida.

Porque o consumo constitui um indicador precioso não só do nível de desenvolvimento do “mercado”, mas permite descobrir e compreender o nosso comportamento social, indagar o conceito de consumo dos serviços de saúde e os comportamentos dos consumidores, os componentes básicos de cada acto de consumo, enquanto resposta a mensagens que substituem os próprios “objectos/serviços”, e, portanto, formas de cultura e comunicação, constitui matéria fenomenológica de monta para a questão que nos ocupa.

O consumo em geral, e o consumo dos serviços de saúde com agravadas razões, é um processo de natureza sincrética, exigindo um contributo multidisciplinar integrado, capaz de valorizar o modo como diferentes factores interferem e se complementam, permitindo à sociedade reproduzir-se e ao consumidor integrar-se socialmente.

Nesta perspectiva e atentos à natureza multifacetada do fenómeno do consumo, em que se misturam explicações de natureza económica, psicológica, antropológica, sociológica e comunicacional, atrevemo-nos, com base em análises teóricas desenvolvidas e em dados empíricos recolhidos, a desenhar uma hipótese de programa de melhoria da qualidade para Serviço Público da Saúde, demandando um paraíso perdido que todos queremos reencontrar, povoado de inequívocas e protectoras divindades, sem, contudo, ignorar e adivinhar os muitos demónios que quotidianamente seduzem para outras significações e consequentes destinos. Assim, a pergunta impõe-se, naturalmente, não estivéssemos nós no painel intitulado “Práticas culturais e comunicação”:

O desenho de um programa de melhoria da qualidade para o “Sistema Nacional de Saúde” passa por questões de cultura e de comunicação?

2. Saúde: uma encruzilhada de significações

Seguindo Lévi-Strauss na crença da importância que ganha em todas as sociedades a fronteira entre a natureza e a cultura, lugar de domesticação do sentido pela incorporação da significação conferida à natureza exterior e ao sistema social de que ela faz parte, bem como à significância e aos significados das práticas diárias das pessoas pertencentes a esse sistema de produção de sentido, muitas são as interpretações que se têm feito na “área cultural” da saúde.

Nos últimos anos, a saúde tem sido dominada por interpretações de base racional, à luz de conhecimentos científicos que precisam os entendimentos de saúde por oposição a anormalidades ou alterações patológicas que constituem a doença. Esclarecer as origens ou causas directas e indirectas do seu aparecimento (genéticas e ambientais), as formas de propagação e de evolução, bem como a identificação dos sintomas aparentes ou subjectivos que, coadjuvados por processos instrumentais de análise laboratorial, permitem estabelecer, com fundamento técnico, o que se julga ser o tratamento adequado possível de cada entidade mórbida e em cada pessoa atingida tem constituído um processo de procura louvável. Trata-se do empenhamento de um corpo de peritos apostados em procurar conhecer o que será a saúde, estado percebido como

equilíbrio funcional mais ou menos estável de cada organismo num meio ambiente geralmente acompanhado de factores desfavoráveis, elegendo, pelo seu rigor, o entendimento assente no binómio saúde–doença, com graus de manifestação diversos e variáveis, quer no aspecto físico, corporal, quer no psicológico. O mesmo entendimento, feito de investigação e procura, que está presente na definição dada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e hoje conhecida em todo o mundo : “saúde é não só a ausência de doença ou enfermidade mas um estado de completo bem-estar físico, psíquico, mental, emocional, moral e social”.

Cinco dimensões indissociáveis, correspondentes a diferentes acepções conceptuais, ajudam a compreender o significado da situação dualista saúde–doença, gradativa nas suas manifestações entre o completo bem-estar e a incapacidade total, tal como se manifesta na sociedade actual:

- a saúde como estado de ausência de doença (concepção médica);
- a saúde como ausência de mal-estar e um estado de conforto e de sensação de confiança e segurança pessoal (concepção psicossocial);
- a saúde como pré-requisito funcional para a manutenção do vigor e do equilíbrio adaptativo da vida das pessoas e da sociedade (concepção político-legal);
- a saúde como factor de importância económica fundamental (concepção económica).

Na encruzilhada das significações importa, ainda, reflectir sobre os conceitos de “saúde positiva” e “saúde pública” e nas suas relações, quer ao nível dos serviços de saúde organizados, quer nas acções correntes da prática clínica médica.

Por *saúde positiva* entende-se o estado do organismo que se aproxima da situação em que não sofre de doença ou de perturbação não sintomática que conduza à doença, isto é, que mantém a normalidade do seu equilíbrio funcional, físico e psíquico.

Saúde pública, por sua vez, corresponde a uma preocupação de aplicação dos conhecimentos, descobertas e possibilidades científicas, educativas e sociais, logo que técnica e administrativamente utilizáveis, como agentes da melhoria da saúde individual, familiar e da comunidade, num esforço colectivo e coordenado, assente em serviços de saúde integrados num sistema de cuidados de saúde. O seu objectivo é conseguir a *saúde positiva* em mais larga escala, intensificando as medidas de prevenção, de salubridade do ambiente e de organização de cuidados de luta contra as doenças conhecidas.

A prática da *saúde pública* deve, simultaneamente, responder às mudanças ocorridas e ainda não atendidas e às que vão afectar tanto as condições da vida da sociedade em evolução como a percepção da população face aos factores que afectam positiva e negativamente a saúde, bem como da amplitude e riscos que a sua expansão pode tomar. Esta é uma dimensão fundamental no que diz respeito à política de saúde, para um futuro melhor e mais feliz das populações. Merece, contudo, um empenhamento aturado e constante que atente na evolução e mudança contínuas no seio das comunidades. Por isso, de entre as mudanças em curso é que precisam de ser incentivadas e controladas evidenciam-se:

- as de natureza demográfica, representadas pelo aumento da população idosa, à medida que diminui a mortalidade infantil, que cresce a esperança de vida, que se incentivam as práticas de planeamento familiar, etc.;
- o aumento das exigências relacionadas com o acompanhamento da saúde e da doença das pessoas, à medida que os problemas da saúde/doença se tornam mais interdependentes;
- o facto dos novos conhecimentos científicos e a força crescente da tecnologia serem fontes de novos problemas para a *saúde positiva*, mas também de potenciais soluções para a melhorar: a prática dos cuidados médicos aproveita das descobertas que vão surgindo, dos contributos das novas tecnologias, da experiência de organização de serviços progressivamente mais complexos e do

planeamento e gestão dos recursos disponíveis para conseguir mais benefícios e melhores relações custos/benefícios;

- o aparecimento e aumento de vários tipos de doenças - perturbações da saúde mental, mal-estar e isolamento, violência e acidentes - em paralelo com as doenças evitáveis em decréscimo, o que evidencia como o alargamento do investimento e os novos caminhos na investigação e os planos mais criativos para o aperfeiçoamento dos sistemas de cuidados de saúde, nascidos da investigação em saúde pública, se tornam importantes;

- a prevenção da doença como objectivo prioritário da saúde pública.

O desenvolvimento de uma sociedade mede-se pela atenção que lhe merece o bem-estar dos seus cidadãos. A saúde no seu entendimento lato de equilíbrio nas dimensões biológica, afectiva e social é ponto nevrálgico de aferição dessa plena realização de bem-estar humano. Qualquer sociedade que mereça o epíteto de desenvolvida ou em desenvolvimento precisa, por isso, de organizar recursos e meios de acção de modo a constituir diversos sistemas, progressivamente mais complexos e mais interligados, redes de segurança onde se acolham as práticas humanas e sociais. O sistemas de saúde expressam uma dessas redes, constituindo conjuntos de regras para a utilização dos recursos reunidos com a finalidade de conseguir mais saúde para a população e lutar mais eficazmente contra a doença.

3. O quotidiano dos serviços de saúde: práticas e representações

O modo como os utentes utilizam o Serviço Público de Saúde pode ser conceptualizado como estando relacionado não só com a sua satisfação com esses serviços, mas também com as suas representações sobre a saúde e a doença: a caracterização de um estado de saúde ou de doença e aquilo que se considera adequado e se faz para promover a saúde e combater a doença influencia o tipo de utilização que é feita dos serviços de saúde e a relação do utente com os profissionais desses serviços. Por outro lado, é inegável que o maior capital de uma organização ou serviço reside nos seus recursos humanos, constituindo a sua motivação e autoconfiança factores chave da qualidade dos seus desempenhos e, em consequência, força motriz de prestações profissionais onde a satisfação se realiza na óptica de todos os agentes envolvidos no processo. Um ideal que muitos partilham mas cujas realizações nem sempre acompanham.

Recentemente colaborámos num projecto desenhado nesta perspectiva. O seu objectivo último tinha no horizonte a descoberta de caminhos para a humanização do serviço público de saúde e, considerando que só vingam um trabalho feito com todos e para todos, tivemos oportunidade de recensear algumas atitudes e representações em torno da saúde, da doença e da satisfação com os serviços de saúde, na óptica de todos os seus agentes – os profissionais e os utentes. Quisemos compreender práticas, representações e atitudes e, na posse dessa compreensão, conceber um plano de acção direccionado para a construção de uma significação partilhada nestas matérias.

Para os utentes inquiridos no decurso desse estudo, a noção de saúde aparece relacionada com a ideia de longevidade, viver sem precisar de ir ao médico/precisar de remédios; a longevidade está associada à existência e fruição de uma constituição física forte, que dispensa cuidados de saúde frequentes. O *locus* de controlo da saúde/doença aparece muitas vezes fora do alcance do indivíduo, defendendo-se a legitimidade do recurso a alternativas que se prendam com domínios do místico e do sagrado. Em paralelo, estar doente é um estado de quem se diz estar triste, apático e/ou isolado, questões que, frequentemente, o médico, sozinho, não pode resolver. Podemos concluir que a pesquisa dá indícios da aproximação, por parte dos indivíduos, ao entendimento do conceito de saúde *positiva*, misto de equilíbrio biopsicossocial. É revelado um satisfatório

conhecimento “teórico” sobre a causa de grande parte das doenças, a par da crença “dita” de que se deve contar/relatar ao médico os sintomas, todos os elementos que possam facilitar o diagnóstico. É comum a constatação de que “não se deve ir ao médico por tudo e por nada”, se bem que seja reconhecida a importância dos cuidados preventivos e a utilidade das consultas de rotina – sempre ao nível das verbalizações... Reconhece-se, também, a importância do descanso e das práticas de relaxamento como factores de preservação e promoção da saúde.

Porém, a segurança com que se assume a desregramento dos hábitos alimentares e do estilo de vida como fonte de doença e a indiferença com que se encaram os resultados é paradoxal. É frequente a prática da automedicação. Verifica-se uma ausência de preocupação com a gestão da saúde pessoal, uma desresponsabilização e imobilismo que contraria a importância que é atribuída à saúde na vida das pessoas.

Aos médicos é atribuído um papel preferencialmente prescritivo e curativo, o que contraria, por princípio, a noção de saúde já expressa. A estes é cometida a gestão e responsabilidade da saúde dos utentes, numa atitude de debilidade relacional que em nada favorece o estabelecimento de um contrato de acessibilidade, assente numa relação responsável, de respeito mútuo, garantia de qualidade para ambos os contraentes. Por outro lado, o médico não é visto como elemento de uma equipa, em que sejam justamente valorizados os contributos de todos.

Não há consciência dos gastos/custos do Serviço Nacional de Saúde, verificando-se usos abusivos dos serviços, com manifesto desrespeito pelos direitos dos “outros”, dando origem a gastos excessivos e prejudicando a racional aplicação dos recursos. Este estado de coisas arrasta consigo a vivência de uma situação desconfortável, onde imperam expectativas sobre direitos que realmente não existem, geradora de desmotivação e ressentimentos mútuos. Agravados pelo desconhecimento dos deveres do utente, os escritos mas não descritos, que deixam vazios incómodos para a cultura da saúde e suas práticas.

Quanto aos Serviços, o dado mais forte e que convém registar é que, quando questionados sobre a confiança nos médicos em geral e no médico de família, em particular, os utentes manifestam a sua maior confiança neste último, o que permite ajuizar da concordância que merece a filosofia da saúde pública e mesmo as práticas no seio do sistema. A prática de rotinas é declarada frequente e o reconhecimento da sua pertinência é um dado adquirido, tanto em relação aos serviços médicos como de enfermagem.

Contudo, é frequente o recurso ao serviço de urgência, seja o SAP, o SACU ou mesmo a urgências hospitalares, provocando um desnecessário (?) e indesejável “entupimento” destes serviços. Para além de que pode indiciar a ausência de planeamento e a desvalorização dos cuidados preventivos e de uma gestão da saúde. Não há suficiente prestação de cuidados ao domicílio, problema que afecta principalmente os utentes mais idosos ou acamados. Adivinha-se alguma desvalorização de serviços e de funções.

Os serviços desencadeiam “desejo de reclamar”. Apenas desejo, já que grande parte desta vontade, ainda que seja expressa, não é traduzida em actos, devido a várias condicionantes que apontam, nomeadamente, para a crença relativamente à passividade/indiferença dos serviços no atendimento destas reclamações e para o medo de retaliações futuras, especialmente por parte dos médicos. As reclamações existentes concentram-se no atendimento administrativo, no tempo de espera e, em alguns casos, dirigem-se aos médicos.

A leitura dos dados recolhidos, por inquérito, junto dos profissionais aponta para conclusões muito diversificadas que, quando confrontadas com a palavra expressa e manifesta durante conversas de grupo focalizadas, nem sempre coincidem. O que aqui ressaltamos é uma análise que decorre do contraponto entre os dados recolhidos por inquérito e o registo dos testemunhos feito durante os referidos encontros. A não haver contradição evidente, o que acontece em

alguns pontos, dar-se-á relevo aos dados recolhidos por questionário. Atente-se, em primeiro lugar, nas razões de insatisfação manifestadas pelos utentes e nos consequentes comentários dos profissionais.

Relativamente ao tempo de espera, parece ser consensual a ideia de que este não pode ser exclusivamente da responsabilidade dos serviços, sendo apontadas explicações e razões alternativas, tais como :

- dificuldades na marcação, por mal-entendido quanto ao horário da consulta;
- dificuldades de acesso ao Centro ou à Extensão, relacionadas com os horários dos transportes públicos;
- recurso a consultas não programadas, com um tempo de espera necessariamente diferente;
- possibilidade de o utente utilizar o argumento do “tempo de espera” para se justificar no emprego;
- hipótese de ser valorizado o “tempo psicológico” em detrimento do “tempo cronológico” de espera.

Quanto aos serviços administrativos, as dificuldades prendem-se com o factor óbvio de exposição ao público a que estes serviços estão sujeitos. Também neste caso os profissionais se pronunciam:

- não há sempre acordo quanto à possibilidade de marcação das consultas: por vezes o médico desejado não está disponível e os utentes não aceitam bem a sugestão do administrativo;
- o funcionário administrativo é o recepcionista, ou pelo menos cumpre estas funções, daí a sua importância na construção da imagem pública do próprio serviço;
- o administrativo tem o papel ingrato de dar aos utentes as “más notícias”, especialmente quando o médico falta ou se atrasa e os utentes já estão à espera há algum tempo;
- é consensual que a formação dos funcionários que trabalham nestes serviços nem sempre será a indicada para o que deles se pretende em relação ao atendimento dos utentes.

Tanto a leitura dos dados resultantes da pesquisa como a sua interpretação por parte dos profissionais, evidencia que a aposta no desenvolvimento de competências no serviço administrativo e de apoio é muito importante. Destaca-se a ligação com o público e o encaminhamento dos utentes, por um lado, e a organização e actualização dos registos de inscrição nos Centros, por outro. Estas considerações parecem confirmar-se na perspectiva dos utentes, ainda que definida pela negativa, conforme pode ser inferido pelas reclamações expressas. É consensual entre todos os grupos profissionais o fundamental papel dos administrativos, no acolhimento e primeiro contacto dos utentes com o Centro, de cuja interacção depende em larga medida o clima em que decorre a permanência e utilização, pelas relações humanas que iniciam e contribuem decisivamente para reforçar a imagem da instituição. Eles dão o primeiro sinal de humanização tão necessária e desejada no seio destas instituições, dimensão importante de *acessibilidade* aos serviços.

Um dos motivos sensíveis encontrados nas reclamações estudadas prende-se com a classe médica e, às vezes, é apelidada de negligência. Neste aspecto, o brio profissional vem ao de cima e o exercício de compreensão/defesa (?) expressa-se assim:

- a existência deste tipo de reclamações é que leva, por vezes à requisição exagerada de exames clínicos, porque os médicos têm medo de errar;
- a acusação de negligência pode vir da falta de informação dos utentes.

Tornou-se claro ao longo do estudo o papel da Direcção do Centro na coordenação e planeamento, considerados fundamentais, bem como no estabelecimento de relações interpessoais conducentes ao bom funcionamento e à criação de cultura e clima organizacionais propícios à satisfação de todos os intervenientes no sistema de saúde. No entanto, foi sendo expressa a opinião de que o sistema de informação não é ponto forte nem nas sedes, nem nas

extensões, e o esforço do Director do Centro nesse sentido não é sempre bem sucedido. Há dificuldades de contacto e comunicação entre pólos diferentes do mesmo serviço e mesmo entre as diferentes categorias profissionais, sendo ainda expressos problemas de comunicação entre os utilizadores e os serviços. Grande parte dos profissionais em questão refere a existência de problemas quanto à circulação de informação a nível interno, mas também a nível externo. Equaciona-se o trabalho em equipa, ou melhor, a falta dele e a correspondente coordenação/gestão no sentido de promover a acção comum.

4. Serviço Público de Saúde: Missão sem visão?

A grande reforma dos serviços de saúde em Portugal, de 1971, que implicou uma mudança radical na política de saúde no país, estabeleceu um “sistema de saúde” de carácter nacional, estruturado desde o nível governamental aos níveis central (directão, orientação e avaliação) e local, compreendendo este os escalões da região ou distrito, concelho e freguesia, responsáveis pela execução das actividades hierarquizadas da prestação de cuidados de saúde completos à população.

Considerou-se que ao Estado caberia a responsabilidade de garantir adequado nível-padrão de saúde que a cada momento se revelasse o melhor possível para a população portuguesa, mediante a disponibilização de recursos, o que implicaria a aplicação de uma política, efectiva garantia do direito à saúde. Este direito arrasta a contrapartida da responsabilidade pessoal, de deveres para com a saúde individual, familiar e comunitária das pessoas, apoiadas por medidas orientadoras de educação para a saúde. Daí que possamos falar não só de direitos, mas também de deveres por parte dos utentes.

O direito à protecção da saúde está consagrado na Constituição da República Portuguesa, assentando em princípios como a dignidade humana, a equidade, a ética e a solidariedade. Direitos mais específicos foram estabelecidos no quadro legislativo da saúde. Direitos e deveres aparecem, actualmente, consagrados na “Carta dos Direitos e do Deveres dos Doentes”, da responsabilidade do Ministério da Saúde:

“A Carta dos Direitos e dos Deveres dos Doentes representa, assim, mais um passo no caminho da dignificação dos doentes, do pleno respeito pela sua particular condição e da humanização dos cuidados de saúde, caminho que os doentes, os profissionais e a comunidade devem percorrer lado a lado”.

Num contexto de esforço de humanização para a saúde, surge a Comissão Nacional para a Humanização e Qualidade dos Serviços de Saúde que iniciou funções em 1992, tendo como objectivo ajudar a conhecer a situação, sensibilizar e alertar para as deficiências porventura existentes, ajudar a encontrar soluções, incentivar atitudes que evitem ou melhorem as moléstias da humanidade. Procura colocar-se a pessoa no centro do sistema de saúde, dando-lhe primazia e reconhecendo a dignidade que lhe é própria, bem como a importância que lhe deve ser reconhecida enquanto razão de ser de todo o sistema e dos profissionais que o servem.

É caso para dizer que a sementeira é grande e os ceifeiros são poucos. E como se isso não bastasse, a “pessoa” que se coloca no centro de todo o sistema é uma entidade tão abstracta e idealizada, tão fora da encarnação nos utentes que frequentam os nossos serviços de saúde que não há santo que lhe valha quando se pensa adequar à “pessoa” e a todas as pessoas, enquadradas nos mais diversos contextos, os serviços humanizados que preconizamos. É fundamental delinear a missão de uma organização, mas é cegueira admitir que aquela se pode concretizar por decreto, não investindo no desenvolvimento de uma cultura organizacional partilhada, corporizada em valores insuflados em todas as suas manifestações e práticas. O que significa que o desenho de produtos/serviços se faz com a marca da filosofia de quem os concebe e

desenvolve, em função dos públicos que elege como seus destinatários, cujos anseios e necessidades, medos e sonhos os moldam, negociando significados para a adesão que se deseja.

Já falámos na filosofia e missão do nosso Sistema de Saúde, consagrado na Constituição da República Portuguesa, dirigido, orientado e avaliado de cima, ao nível do poder central, mas realizado localmente, nas mais recônditas freguesias deste país, junto do mais anónimo dos cidadãos deste Portugal democrático, apostado em construir a justiça e a equidade, o bem estar e a ética das práticas e das relações. Um serviço público, com todas as significações e interpretações que carrega, em terrenos de fronteira onde tudo são direitos sem a contrapartida dos deveres, onde é desvalorizado o que é público e “gratuito”, ignorando-se os custos reais dos serviços e cuidados prestados. Neste ambiente de desvalorização, perde-se a grandeza de um ideal, esvazia-se a missão porque carece de visão orientada para o “povo povo”, o consumidor desses serviços/cuidados, numa área sensível onde abunda desinformação e falta formação.

5. Satisfação e qualidade: Questões de cultura e comunicação?

Em síntese, e de forma sucinta, podemos dizer que, como é habitual no sector público, o Serviço Público de Saúde, carece de uma imagem construída a partir do posicionamento escolhido, trabalhada na base de uma identificação dos profissionais e dos utentes com os valores que lhe presidem. Mas a imagem actual não é de modo nenhum a pretendida e reina grande confusão quanto aos valores e características que hão-de pautar as práticas de qualidade do serviço de saúde, para satisfação de todos. É frequentemente comentada a desinformação, a desmotivação e alguma desconfiança que se vive no seio do Serviço Nacional de Saúde, o sistema nacional que envolve toda a sociedade. Muito criticada e mal amada por todos, profissionais e utentes.

No que diz respeito aos utentes, é consensual o diagnóstico que aponta para a sua deficiente informação e, conseqüentemente, ausência de educação no que concerne à gestão da própria saúde, à valorização dos serviços públicos de saúde, à sua correcta utilização. A “má informação” é responsável pelo relacionamento com os serviços onde impera a cultura de todos os direitos, num clima de exigência que ignora esferas de competência e não conhece deveres.

Relativamente aos profissionais, estamos em presença de “órgãos” que revelam sintomas de enfraquecimento, sobretudo por falta de “exercício adequado”, em ambiente adverso e desfavorável ao desenvolvimento de uma “saúde positiva”. As agressões vêm de diferentes pontos – identificados - e, muitas vezes, instala-se alguma indiferente e rotineira colaboração com um sistema sem rosto, onde não é estimulante dar o seu melhor, porque não há avaliação, reconhecimento ou recompensa. Contudo, passado o primeiro choque, é bem evidente e notória uma vontade participativa que pode gerar o envolvimento desejado.

O estudo referido é geograficamente situado e datado, mas alguns dados são suficientemente “humanos” o que lhes garante, em nosso entender, universalidade e intemporalidade. Baseados neles, é possível ousar algumas hipóteses de funcionamento, colocando dados em perspectiva para a construção de um sistema de melhoria da qualidade, geradora de satisfação, para ganhar a grande aposta da humanização.

A pesquisa que fizemos, orientada pelos objectivos enunciados, permitiu-nos interpretar alguns comportamentos dos intervenientes no serviço público de saúde – profissionais e utentes – à luz das *intenções* que precedem as *acções* e que revelam as dimensões cognitiva, emotiva e avaliativa das atitudes. Este acesso a representações, crenças, avaliações permite mapear motivações e constrangimentos, expectativas e frustrações e, nesse contexto interpretativo e

compreensivo, traçar intervenções que se situam na “nascente”, onde é, idealmente, possível intervir sem culpabilizar e, portanto, construir pela negociação uma imagem em que todos se revejam e com a qual se (co)responsabilizem.

Apoiados nos teóricos da qualidade, é nossa crença que a insatisfação reinante no sector da saúde, indicador de falta de qualidade e a requerer reflexão e intervenção, tem na base questões de cultura e comunicação. Em primeiro lugar, porque a sua missão e filosofia não é corporizada em valores explicitados e feitos cultura corporativa dos agentes envolvidos. Depois, porque se apresenta como uma imposição de fora, a que acresce um receituário de práticas standardizadas, às vezes misturadas com preocupações estatísticas, em tudo contrárias à filosofia geral da qualidade, enquanto paradigma feito de conceitos, crenças e práticas, a exigir uma estratégia sincronizada, feita de visão enformadora de operações devidamente codificadas e controladas. E, acima de tudo, porque carece de educação e treino. É frequente o desabafo dos profissionais quanto à sua impreparação, na sua formação de base e mesmo nas acções de formação disponibilizadas, para a multiplicidade de dimensões que o desempenho de qualidade exige, em consonância com a cultura da saúde, com a prestação de cuidados de que as populações carecem, na sociedade da informação que hoje vivemos. Se o saber técnico existe, o saber ser e o saber estar, compreender e promover a saúde positiva são exigências difíceis e incómodas que encontram resistências a todos os níveis. Lugares onde a humanização claramente perde. Onde a satisfação e a qualidade saem lesadas.

Se isto se passa do lado dos profissionais, a tarefa com as populações não é menor nem mais fácil. Está em causa o processo de educação / formação da comunidade para um conceito mais exigente e esclarecido de saúde e de doença, de entendimento e partilha de significados quanto a cuidados primários de saúde, a valorização da medicina preventiva em relação à curativa. Está em causa o desenvolvimento de uma atitude favorável à saúde positiva, um longo processo de educação relativamente à promoção da saúde e de hábitos saudáveis, com a responsabilização pessoal neste processo, individual e socialmente. Sem negar o direito à saúde, torna-se um imperativo prioritário ensinar os deveres, num exercício de responsabilidade partilhada, onde deixe de haver espaço a desculpas e desvalorizações, onde a humanização se faça acto no quotidiano do serviço público de saúde. Envolver os utentes, os cidadãos, nesta interpretação “salutogénica” é a grande missão, a exigir informação, comunicação, formação contínua. Porque a saúde é um processo adaptativo, porque promover a saúde é educar e ajudar, resistindo ao desejo prioritário de curar, porque a qualidade significa “cuidado, pessoas, paixão, consistência, contacto directo e reacção corajosa”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Blaxter. M. (1990). *Health and lifestyles*. Londres: Routledge.
- Morgan, C., and Murgatroyd S. (1994) *Total Quality Management in the Sector in the Public Sector*. Buckingham – Philadelphia: Open University Press
- Nettleton, S. (1996). *The sociology of health and illness*. Cambridge: Polity Press.
- Reis, J. C. (1998). *O Sorriso de Hipócrates. A integração biopsicossocial dos processos de saúde e de doença*. Lisboa: Veja.